

## إتخاذ القرار بخصوص صفة لاجئ – استمارة تعبئة البيانات الشخصية

ملاحظة: كل المعلومات التي تشاركها في هذه الاستمارة هي معلومات تُستخدم من قِبل منظمة "أورام" فقط ، كل المعلومات التي تشاركها ستكون آمنة وسوف يتم حفظها بسرية تامة، لن يتم مشاركة معلوماتك مع أي أحد إلا بتقديم موافقة خطية من قبلك.

### تعليمات

الرجاء عدم ترك أي من الحقول فارغاً.

الرجاء قم بالإجابة على الحقول التي لا تنطبق على حالتك بـ "لا إجابة".

في هذه الاستمارة يمكنك وضع الإشارة على المربع المناسب ☐ من خلال النقر عليه مرتين ومن ثم إختيار "checked"، مثال على ذلك: ☒ إذا أجبت بنعم أو ☐ إذا أجبت بكلا، أو يمكنك وضع إشارة على المربعات من خلال تظليلهم مثل: ☒ نعم ☐ كلا

الرجاء إكمال هذه الاستمارة وحفظها بصيغة وور ( .doc, .docx ).

الرجاء قم بإرفاق جميع الوثائق المتاحة وجميع الوثائق التي تدعم قضيتك ( مثل: هويتك الرسمية، وثائق السفر، أنظر إلى الصفحة 41، 42) يجب إرسال هذه الوثائق لمنظمة "أورام" عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء أحرص على وجودك في مكان آمن عند ملئ هذه الاستمارة، دائماً أحرص على إغلاق وحفظ هذه الاستمارة كل مرة عند الإنتهاء منها وذلك حرصاً على عدم كشف أي من معلوماتك الشخصية.

تعتمد قدرتنا في توفير المساعدة على المصادقية والثقة المتبادلة، يمكن رفض ملفك في حال قمت بتحريف أو إخفاء متعمد لأي من الحقائق وإعطائك معلومات غير دقيقة.

طرق التواصل : سكايب ☐ البريد الإلكتروني ☐ آخر (يرجي التحديد) ☐ : التاريخ : (اليوم | الشهر | السنة)

كيف سمعت عن منظمة أورام؟

هل قمت بالتسجيل في منظمة "آسام" ( جمعية للتضامن مع طالبي اللجوء والمهاجرين) في اسطنبول؟  
☐ نعم ☐ كلا

هل قمت بالتسجيل لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في تركيا؟ ☐ نعم ☐ كلا

رقم التسجيل في المفوضية السامية للأمم المتحدة : \_\_\_\_\_

هل تواصل أحد معك من قبل المفوضية السامية للأمم المتحدة ؟ ☐ نعم ☐ كلا

هل تمت مقابلتك مسبقاً من قبل المفوضية السامية للأمم المتحدة ؟ ☐ نعم ☐ كلا

تاريخ المقابلة/المقابلات:

مكان المقابلة/المقابلات:

من قام بمقابلتك:  
ما الأسئلة التي سُئلت عنها؟

هل أنت مسجل في المديرية العامة لإدارة الهجرة DGMM ( Göç idaresi ) ؟ ☐ نعم ☐ كلا

رقم الملف في المديرية العامة لإدارة الهجرة DGMM : \_\_\_\_\_

هل تواصل أحد معك من قبل المديرية العامة لإدارة الهجرة ؟ ☐ نعم ☐ كلا

هل تمت مقابلتك مسبقاً من قبل المديرية العامة لإدارة الهجرة DGMM ؟ ☐ نعم ☐ كلا

تاريخ المقابلة/المقابلات:

مكان المقابلة/المقابلات:

من قام بمقابلتك:

ما الأسئلة التي سُئلت عنها؟

إذا كنت غير متأكد من الأجوبة المذكورة أعلاه الرجاء توضيح السبب:

المعلومات الشخصية	
الاسم الأول في اللغتين الإنكليزية والعربية ( كما هو مذكور في جواز السفر او بطاقة الهوية )	
الاسم المتوسط ( كما هو مذكور في جواز السفر او بطاقة الهوية )	
اسم العائلة ( كما هو مذكور في جواز السفر او بطاقة الهوية )	
هل سبق لك واستخدمت أسماء أخرى، ألقاب، أسماء رمزية أو أسماء مستعارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
إذا أجبت بنعم، الرجاء ذكر هذه الأسماء، الألقاب، الأسماء الرمزية أو الأسماء المستعارة	

	في أي مكان استعملت تلك الأسماء، الألقاب، الأسماء الرمزية أو الأسماء المستعارة؟
	لماذا استعملت تلك الأسماء، الألقاب، الأسماء الرمزية أو الأسماء المستعارة؟
	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)
	مكان الميلاد (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)
<p>• في أي بلد/بلدان عشت فيه منذ ولادتك؟  <input type="checkbox"/> أفغانستان <input type="checkbox"/> إيران <input type="checkbox"/> العراق <input type="checkbox"/> الأردن <input type="checkbox"/> كازاخستان <input type="checkbox"/> فلسطين  <input type="checkbox"/> سوريا <input type="checkbox"/> أوزبكستان <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p> <p># البلد الأول (يرجى التحديد) :          ما هو وضعك هناك؟  <input type="checkbox"/> مواطن <input type="checkbox"/> إقامة قانونية <input type="checkbox"/> مقيم بدون وثائق قانونية          متى كنت تقيم هناك؟ من (الشهر/السنة - حتى الشهر/السنة)</p> <p># البلد الثاني (يرجى التحديد) :          ما هو وضعك هناك؟  <input type="checkbox"/> مواطن <input type="checkbox"/> إقامة قانونية <input type="checkbox"/> مقيم بدون وثائق قانونية          متى كنت تقيم هناك؟ من (الشهر/السنة - حتى الشهر/السنة)</p> <p># البلد الثالث (يرجى التحديد) :          ما هو وضعك هناك؟  <input type="checkbox"/> مواطن <input type="checkbox"/> إقامة قانونية <input type="checkbox"/> مقيم بدون وثائق قانونية          متى كنت تقيم هناك؟ من (الشهر/السنة - حتى الشهر/السنة)</p> <p>• هل انت مواطن في بلد ما؟  <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p> <p>ما هي البلد/ البلدان التي تحمل جنسيته؟  <input type="checkbox"/> أفغانستان <input type="checkbox"/> إيران <input type="checkbox"/> العراق  <input type="checkbox"/> الأردن <input type="checkbox"/> كازاخستان <input type="checkbox"/> فلسطين</p>	بلد/بلدان المواطنة

☐ سوريا ☐ أوزبكستان

☐ آخر (يرجى التحديد):

في كل بلد كنت أو ما تزال فيه مواطناً:  
# البلد الأول (يرجى التحديد) :

كيف تم الحصول على الجنسية:  
☐ الولادة ☐ أصل (نسب) ☐ الزواج ☐ آخر (يرجى التحديد):

متى تم الحصول على الجنسية؟ (اليوم/الشهر/السنة)

ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  
☐ مواطن ☐ مقيم بشكل قانوني ☐ مقيم بشكل غير قانوني ☐ مقيم بشكل مؤقت

# البلد الثاني (يرجى التحديد) :

كيف تم الحصول على الجنسية:  
☐ الولادة ☐ أصل (نسب) ☐ الزواج ☐ آخر (يرجى التحديد):

متى تم الحصول على الجنسية؟ (اليوم/الشهر/السنة)

ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  
☐ مواطن ☐ مقيم بشكل قانوني ☐ مقيم بشكل غير قانوني ☐ مقيم بشكل مؤقت

# البلد الثالث (يرجى التحديد) :

كيف تم الحصول على الجنسية:  
☐ الولادة ☐ أصل (نسب) ☐ الزواج ☐ آخر (يرجى التحديد):

متى تم الحصول على الجنسية؟ (اليوم/الشهر/السنة)

ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  
☐ مواطن ☐ مقيم بشكل قانوني ☐ مقيم بشكل غير قانوني ☐ مقيم بشكل مؤقت

هل أنت مقيم شرعي ولا تحمل جنسية إحدى البلدان؟

☐ نعم ☐ كلا

ما هي البلد/البلدان التي تقيم فيها بشكل شرعي؟

☐ أفغانستان ☐ إيران ☐ العراق ☐ الأردن ☐ كازاخستان ☐ فلسطين

☐ سوريا ☐ أوزبكستان ☐ آخر (يرجى التحديد):

في كل بلد كنت أو ما تزال مقيم فيه بشكل شرعي:

# البلد الأول (يرجى التحديد) :

كيف تم الحصول على الإقامة القانونية؟  
☐ الولادة ☐ أصل (نسب) ☐ الزواج ☐ آخر (يرجى التحديد):

<p>متى تم الحصول على الإقامة القانونية؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  <input type="checkbox"/> مواطن    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل غير قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل مؤقت</p> <p># البلد الثاني (يرجى التحديد) :</p> <p>كيف تم الحصول على الإقامة القانونية؟  <input type="checkbox"/> الولادة    <input type="checkbox"/> أصل (نسب)    <input type="checkbox"/> الزواج    <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p> <p>متى تم الحصول على الإقامة القانونية؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  <input type="checkbox"/> مواطن    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل غير قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل مؤقت</p> <p># البلد الثالث (يرجى التحديد) :</p> <p>كيف تم الحصول على الإقامة القانونية؟  <input type="checkbox"/> الولادة    <input type="checkbox"/> أصل (نسب)    <input type="checkbox"/> الزواج    <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p> <p>متى تم الحصول على الإقامة القانونية؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>ما هو وضعك الحالي في تلك البلد ؟  <input type="checkbox"/> مواطن    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل غير قانوني    <input type="checkbox"/> مقيم بشكل مؤقت</p>	
	<p>البلد/البلدان الأخرى التي عشت فيها (يرجى التحديد)</p>
<p><input type="checkbox"/> ذكر    <input type="checkbox"/> أنثى    <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف    <input type="checkbox"/> آخر</p>	<p>الجنس البيولوجي عند الولادة</p>
<p><input type="checkbox"/> ذكر    <input type="checkbox"/> أنثى    <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف    <input type="checkbox"/> آخر</p>	<p>الجنس البيولوجي الحالي</p>
<p><input type="checkbox"/> نعم    <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل سبق وقمت بأخذ هرمونات مثل (تستوسترون، استروجين، او أي علاجات أخرى) من أجل تغيير مظهرك الخارجي؟</p>
	<p>إذا جبت بنعم، كيف حصلت على تلك الهرمونات؟</p>

			إذا أجبت بنعم، من أين حصلت على تلك الهرمونات؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u>
			إذا أجبت بنعم، متى حصلت على تلك الهرمونات؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u>
			متى قمت بأخذ تلك الهرمونات؟ – <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u> <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u> ؟
هل مازلت تأخذ هذه الهرمونات؟			نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
هل تلقيت الدعم الحكومي من أجل المعالجة الهرمونية (مثل دعم مادي، دعم مؤسساتي، إلخ..)			نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
هل سبق لك وقمت بعملية تغيير للجنس؟	إذا أجبت بكلا، هل فكرت يوماً بإجراء عملية تغيير للجنس؟	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
			إذا أجبت بنعم، متى أجريت عملية تغيير الجنس؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u>
			أين <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u> أجريت عملية تغيير الجنس؟
			ما هي الإجراءات التي قمت بها بالضبط عند إجراء عملية تغيير الجنس؟

<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل تلقيت أي دعم حكومي من أجل عملية إعادة تحديد الجنس (مثل دعم مادي، عم مؤسساتي، إلخ) ؟</p>
<p><input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف <input type="checkbox"/> آخر</p>	<p>ما هو الجنس البيولوجي كما هو مذكور في وثائقك الرسمية (مثل جواز السفر أو هويتك الشخصية)</p>
<p><input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> مصحح الهوية الجنسية (ذكر إلى أنثى) <input type="checkbox"/> مصحح الهوية الجنسية (أنثى إلى ذكر) <input type="checkbox"/> حر الهوية الجنسية <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> غير معرف</p>	<p>الهوية الجنسية ( ما هو الجنس الذي تعرّف عن نفسك به؟ )</p>
<p><input type="checkbox"/> مثلي <input type="checkbox"/> مثلية <input type="checkbox"/> مزدوج الميول الجنسية <input type="checkbox"/> مغاير الجنس <input type="checkbox"/> لاجنسي <input type="checkbox"/> غير معرف <input type="checkbox"/> في مرحلة المساواة <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :</p>	<p>التوجه الجنسي</p>
<p><input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> اذربيجاني <input type="checkbox"/> أرمني <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> تركي <input type="checkbox"/> غيلكي <input type="checkbox"/> كردي <input type="checkbox"/> بلوش <input type="checkbox"/> اللور <input type="checkbox"/> تركماني <input type="checkbox"/> مازاندراني <input type="checkbox"/> سرياني <input type="checkbox"/> شركسي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :</p>	<p>العرق</p>
<p><input type="checkbox"/> مسلم (شيعي) <input type="checkbox"/> مسلم (سني) <input type="checkbox"/> مسلم (علاهي) <input type="checkbox"/> مسلم آخر (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/> علوي <input type="checkbox"/> درزي <input type="checkbox"/> بهائي <input type="checkbox"/> إذا كنت بهائي، هل لديك تسجيل نظامي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> الزرادشتية <input type="checkbox"/> يهودي <input type="checkbox"/> مسيحي (انجيلي) <input type="checkbox"/> مسيحي (سرياني) <input type="checkbox"/> مسيحي (كلداني) <input type="checkbox"/> مسيحي (أرمني أورتونكس) <input type="checkbox"/> مسيحي (أرمني كاثوليك) <input type="checkbox"/> مسيحي آخر (يرجى التحديد) : <input type="checkbox"/> مندائي <input type="checkbox"/> يارساني (أهل الحق) <input type="checkbox"/> ملحد <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :</p>	<p>الدين والطائفة عند الولادة</p>
<p><input type="checkbox"/> مسلم (شيعي) <input type="checkbox"/> مسلم (سني) <input type="checkbox"/> مسلم (علاهي) <input type="checkbox"/> مسلم آخر (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/> علوي <input type="checkbox"/> درزي</p>	<p>الدين والطائفة الحالية:</p>

<input type="checkbox"/> بهائي إذا كنت بهائي، هل لديك تسجيل نظامي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
<input type="checkbox"/> الزرادشتية <input type="checkbox"/> يهودي <input type="checkbox"/> مسيحي (انجيلي) <input type="checkbox"/> مسيحي (سرياني) <input type="checkbox"/> مسيحي (كلداني) <input type="checkbox"/> مسيحي (أرمني أورثوذكس) <input type="checkbox"/> مسيحي (أرمني كاثوليك) <input type="checkbox"/> مسيحي آخر (يرجى التحديد) : <input type="checkbox"/> مندائي <input type="checkbox"/> يارساني (أهل الحق) <input type="checkbox"/> ملحد <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :		
معلومات التواصل الشخصية		
		عنوان الإقامة (الشارع/المدينة/المقاطعة/الرمز البريدي)
		العنوان البريدي (إذا كان مختلف عن العنوان المذكور أعلاه)
	رقم الهاتف الأرضي #1:	رقم الهاتف المحمول #1 :
	رقم الهاتف الأرضي #2 :	رقم الهاتف المحمول #2:
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		هل لديك إمكانية استخدام الكمبيوتر بشكل دائم ؟
	البريد الإلكتروني #2:	البريد الإلكتروني #1:
معلومات التواصل في حالة الطوارئ		



<input type="checkbox"/> إنكليزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> تركي <input type="checkbox"/> روسي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	لغة/لغات الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ:		الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: (الاسم، الاسم المتوسط ، اسم العائلة)
العلاقة التي تربطك بالشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: <input type="checkbox"/> رفيق حميم <input type="checkbox"/> شريك (يتضمن الشريك من نفس الجنس) <input type="checkbox"/> خطيب <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> صديق <input type="checkbox"/> فرد من العائلة أو من الأقارب (يرجى التحديد) : <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :			
	الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: رقم الهاتف المحمول #2 :		الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: رقم الهاتف المحمول #1 :
	الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: رقم الهاتف الأرضي #2 :		الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: رقم الهاتف الأرضي #1 :
			الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: عنوان البريد الإلكتروني #1 :
			الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: عنوان البريد الإلكتروني #2 :
	الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: العنوان البريدي (إذا كان مختلف عن مكان الإقامة)		الشخص الذي سيتم التواصل معه في حالة الطوارئ: مكان الإقامة (الشارع/المدينة/المقاطعة /الرمز البريدي)

## الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية:

☐ أعزب ☐ في علاقة حميمية (يتضمن العلاقات المثلية) ☐ مرتبط ☐ شراكة مدنية

☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل

☐ آخر (يرجى التحديد):

هل سبق لك وتزوجت بشكل نظامي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة للزوج:	
تاريخ الزواج: (اليوم/الشهر/السنة)	الزوج #1: الزوج #2:	تاريخ فسخ العقد إن وُجد : (اليوم/الشهر/السنة)	الزوج #1: الزوج #2:
اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة) الزوج، الخطيب، الشريك المدني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي:		الجنس البيولوجي عند الولادة للزوج الخطيب، الشريك المدني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):
الجنس البيولوجي الحالي للزوج، الخطيب، الشريك القانوني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	الجنس البيولوجي للزوج، الخطيب، الشريك المدني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي كما هو مذكور في الوثائق القانونية:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):
الهوية الجنسية للزوج، الخطيب، الشريك المدني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي:	<input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		

			(ما هو الجنس الذي يعرّف عن نفسه به) ؟
		<input type="checkbox"/> مثلي <input type="checkbox"/> مثلية <input type="checkbox"/> مزدوج الميول الجنسية <input type="checkbox"/> مغاير الجنس <input type="checkbox"/> لا جنسي <input type="checkbox"/> غير معرف <input type="checkbox"/> في مرحلة المساءلة <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد) :	<b>التوجه الجنسي الحالي للزوج، الخطيب، الشريك المدني، الشريك، الرفيق الحميم الحالي:</b>

### المهارات اللغوية

<b>اللغات المُتحدث بها :</b>	<input type="checkbox"/> إنكليزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> تركي <input type="checkbox"/> روسي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	<b>كيف تقيّم مستواك في التحدث بهذه اللغة/اللغات:</b> <b>اللغة الأولى (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ <b>اللغة الثانية (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ <b>اللغة الثالثة (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ
<b>اللغات المكتوبة:</b>	<input type="checkbox"/> إنكليزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> تركي <input type="checkbox"/> روسي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	<b>كيف تقيّم مستواك في الكتابة بهذه اللغة/اللغات :</b> <b>اللغة الأولى (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ <b>اللغة الثانية (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ <b>اللغة الثالثة (يرجى التحديد):</b> <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ

<p>كيف تقيّم مستواك في القراءة بهذه اللغة/اللغات:</p> <p><b>اللغة الأولى (يرجى التحديد):</b>  <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ</p> <p><b>اللغة الثانية (يرجى التحديد):</b>  <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ</p> <p><b>اللغة الثالثة (يرجى التحديد):</b>  <input type="checkbox"/> طليق <input type="checkbox"/> جيد جداً <input type="checkbox"/> جيد <input type="checkbox"/> مبتدئ</p>	<p><input type="checkbox"/> إنكليزي</p> <p><input type="checkbox"/> فارسي</p> <p><input type="checkbox"/> عربي</p> <p><input type="checkbox"/> تركي</p> <p><input type="checkbox"/> روسي</p> <p><input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p>	<p><b>اللغات المقروءة :</b></p>
<p><b>اللغة المستخدمة في المقابلة / الهوية الجنسية للشخص الذي سيجري معك المقابلة</b></p>		
<p>إذا كان لديك تفضيل معين فيما يتعلق بالشخص الذي سيجري المقابلة معك، أو المترجم أو أي نواحي أخرى فيما يتعلق بالمقابلة، الرجاء ذكر ذلك في الأسفل. منظمة "أورام" سوف تأخذ طلبك بعين الاعتبار إن كان ذلك ممكناً</p>		
<p><b>ما هي اللغة/اللغات التي ترغب في استخدامها عند إجراء المقابلة؟</b></p> <p><input type="checkbox"/> إنكليزي <input type="checkbox"/> فارسي <input type="checkbox"/> عربي <input type="checkbox"/> تركي <input type="checkbox"/> روسي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p>		
<p><b>هل لديك أفضلية معينة فيما يتعلق بالهوية الجنسية للشخص الذي سيجري معك المقابلة؟</b></p> <p><input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> كلاهما، لا فرق لدي <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p>		
<p><b>معلومات عن حالة السفر/الهجرة</b></p>		
		<p>في أي تاريخ قمت بمغادرة بلدك الأم (بلد المواطنة أو البلد الذي اعتدت الإقامة فيه) ؟</p>

		(اليوم/الشهر/السنة)
<p>هل غادرت بلدك الأم مع أحد من أفراد العائلة أو الأقارب؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>		
<p>فرد العائلة #1 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #2 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #3 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #4 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #5 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #6 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p> <p>فرد العائلة #7 الذي رافقتك أثناء السفر (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) : علاقتك بهذا الشخص: _____</p>		<p>إذا أجبت بنعم، من (يرجى التحديد) ؟ الرجاء قم بإملاء الحقول بالاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة، يمكنك إضافة حقول جديدة في الأسفل إن احتاج الأمر</p>
<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/></p>		<p>هل أحد من أفراد عائلتك المذكورين أو أقاربك يعيشون معك في اللحظة الحالية؟</p>
<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> لست متأكداً <input type="checkbox"/></p>		<p>هل قمت بمغادرة البلد الذي هربت منه بشكل قانوني؟</p>
<p>رقم جواز السفر #: _____</p>	<p>صالح لغاية: (اليوم/الشهر/السنة) _____</p>	<p>الجواز السفر الذي تحمله (الرجاء تصوير جواز السفر بالكامل، متضمناً جميع الصفحات المستعملة)</p>
<p>وثائق إثبات شخصية أخرى (الرجاء التحديد): _____</p>	<p>صالح لغاية: (اليوم/الشهر/السنة) _____</p>	

			السلطات التي أصدرت هذه الوثائق الشخصية:
هل سبق لك وسجلت بطلب للجوء في أي مكان آخر؟ (قم بذكر البلد/البلدان، المكان والنتائج)			قم بذكر البلد/البلدان التي مررت بها أثناء سفرك إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً (بلد/بلدان الترانزيت)، إن وُجد:
			كم قضيت من الوقت في البلد/البلدان التي مررت بها أثناء سفرك إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً (بلد/بلدان الترانزيت):
ما هي المنطقة التي قدمت إليها عند وصولك إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً:			في أي تاريخ وصلت إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً؟ (اليوم/الشهر/السنة)
تاريخ انتهاء وضع الهجرة الحالي: (اليوم/الشهر/السنة)			ما هو وضع الهجرة الحالي (يتضمن الهجرة المؤقتة)
السلطات التي أصدرت الهوية والمدينة والبلد:			رقم الهوية الحالي، إن وُجد:
تاريخ انتهاء الوضع القانوني: (اليوم/الشهر/السنة)	الوضع القانوني:	التاريخ: (اليوم/الشهر/السنة)	قم بذكر المرات التي دخلت فيها إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً ابتداءً من آخر دخول لك:
تاريخ انتهاء الوضع القانوني:	الوضع القانوني:	التاريخ:	
تاريخ انتهاء الوضع القانوني:	الوضع القانوني:	التاريخ:	
تاريخ انتهاء الوضع القانوني:	الوضع القانوني:	التاريخ:	

التاريخ:	الوضع القانوني:	تاريخ انتهاء الوضع القانوني:
قم بذكر جميع المرات الأخرى التي دخلت فيها إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً:		
البلد:	تاريخ الدخول: (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الخروج: (اليوم/الشهر/السنة)
البلد:	تاريخ الدخول: (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الخروج: (اليوم/الشهر/السنة)
البلد:	تاريخ الدخول: (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الخروج: (اليوم/الشهر/السنة)
البلد:	تاريخ الدخول: (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الخروج: (اليوم/الشهر/السنة)
البلد:	تاريخ الدخول: (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ الخروج: (اليوم/الشهر/السنة)
قم بذكر جميع البلدان الأخرى:		
هل سبق لك وقمت باستشارة محامي أو وكالة خدمات قانونية بالتزامن مع طلب اللجوء الحالي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
إذا أجبت بنعم، الرجاء قم بذكر اسم ومعلومات التواصل مع المحامي و/أو وكالة الخدمات القانونية:		
اسم المحامي (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة):		وكالة الخدمات القانونية، المنظمة القانونية أو مكتب المحاماة:
العنوان: (اسم ورقم الشارع، المدينة/البلدة، البلد):		
رقم الهاتف الأرضي #1:		

رقم الهاتف الأرضي #2:

رقم الهاتف المحمول #1:

رقم الهاتف المحمول #2:

البريد الإلكتروني #1:

البريد الإلكتروني #2:

حساب السكايب:

العلاقات العاطفية و/أو الجنسية السابقة (ذات الأهمية)  
ابتداءً من الأحدث:

الاسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة)	العنوان (البلد/المقاطعة/المدينة /البلدة)	الجنس البيولوجي	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ بدء العلاقة (اليوم/الشهر/السنة)	تاريخ انتهاء العلاقة (اليوم/الشهر/السنة) الرجاء التحديد فيما إذا كانت العلاقة لا تزال مستمرة.
1		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):			
2		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف			



			<input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		3
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		4
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		5
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		6

☐ لم يكن لدي أي علاقة عاطفية أو جنسية سابقة.

## الأولاد

الاسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة)	بلد/بلدان المواطنة	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	الجنس البيولوجي	العنوان الحالي (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)
1			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	
2			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	
3			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	
4			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):	
5			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	

	<input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):				
	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):				6

☐ ليس لدي أي أطفال.

### أصدقاء مقربون أو جهات اتصال في البلد الذي تقيم فيه حالياً

الاسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة)	بلد/بلدان المواطنة	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	الجنس البيولوجي	العنوان الحالي (البلد/المقاطعة/المدينة /البلدة)	درجة القرابة
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف		<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب

		<input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):			
<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس / غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):			
<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس / غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):			

أصدقاء مقربون أو جهات إتصال خارج البلد الذي تقيم فيه حالياً

أذكر ثلاثة أشخاص:

الاسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط، اسم العائلة)	بلد/بلدان المواطنة	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	الجنس البيولوجي	العنوان الحالي (البلد/المقاطعة/المدينة /البلدة)	درجة القرابة:
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب
			<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس/ غير معرف <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):		<input type="checkbox"/> قريب جداً <input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> ليس قريب

المعلوماتك الشخصية

عنوانين الإقامة في السنوات الخمس الماضيين، ابتداءً من العنوان الأحدث

الشارع، الرقم، البلدة/المدينة، البلد	من تاريخ (الشهر/السنة)	إلى تاريخ (الشهر/السنة)	
			1
			2
			3
			4
			5

<p>مع من تقيم في الوقت الحالي؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا أحد (أعيش وحيداً)</p> <p><input type="checkbox"/> صديق/أصدقاء <input type="checkbox"/> فرد/أفراد من العائلة</p> <p><input type="checkbox"/> قريب/أقارب</p> <p><input type="checkbox"/> رفيق حميم</p> <p><input type="checkbox"/> شريك (يتضمن العلاقات المثلية)</p> <p><input type="checkbox"/> الشريك المدني</p> <p><input type="checkbox"/> الزوج <input type="checkbox"/> الزوجة</p> <p><input type="checkbox"/> الأطفال</p> <p><input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد):</p>	<p>أذكر أسماء (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) جميع الأفراد الذين تقيم معهم:</p>

الحالة الدراسية

أعلى درجة شهادة تم الحصول عليها:	الشهادات التي تم الحصول عليها، إن وجدت:	
----------------------------------	---	--

الوضع الدراسي ذو طابع الرسمي (ابتداءً من الأحدث)

اسم المدرسة	نوع المدرسة	العنوان (البلد/المقاطعة/المدينة /البلدة)	تم الذهاب إليها من تاريخ (اليوم/الشهر/السنة)	تم الذهاب إليها حتى تاريخ (اليوم/الشهر/السنة)	الشهادة التي تم الحصول عليها:
1					
2					
3					
4					
5					

المهنة

الرجاء ذكر الوظائف التي عملت فيها في السنين الخمس السابقة (ابتداءً من الأحدث) :

اسم وعنوان العمل (الاسم، اسم الشارع، الرقم، البلدة/المدينة، البلد)	ما هي طبيعة العمل	تم العمل من تاريخ: (اليوم/الشهر/السنة)	تم العمل حتى تاريخ: (اليوم/الشهر/السنة)
1			
2			
3			
4			
5			

الأهل والأشقاء

العنوان الحالي: <u>(البلد/المقاطعة/المدينة</u> <u>/البلدة)</u>	الوضع الحالي:	الجنسية <u>(البلد/البلدان)</u>	تاريخ الميلاد: <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u>	الاسم <u>(الاسم الأول، الاسم</u> <u>المتوسط، اسم العائلة)</u>	
	<p><b>الأم:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفية ما هو تاريخ الوفاة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p> <p><b>الأب:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفي ما هو تاريخ الوفاة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p>				<p><b>الأهل:</b></p> <p><input type="checkbox"/> الأم</p> <p><input type="checkbox"/> الأب</p>
	<p><b>الأخت #1:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفية ما هو تاريخ الوفاة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p>				<p><b>الأشقاء:</b></p> <p><input type="checkbox"/> أخوة</p> <p><input type="checkbox"/> أخوات</p>



	<p><b>الأخت #2:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفية</p> <p>ما هو تاريخ الوفاة؟ (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p>				
	<p><b>الأخت #3:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفية</p> <p>ما هو تاريخ الوفاة؟ (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p>				
	<p>إذا كان هنالك أكثر من 3 أخوات، يرجى ذكر الأسماء والأعمار، إلخ..</p>				

	<p><b>الأخ #1:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفي  <b>ما هو تاريخ الوفاة؟</b>  (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p><b>العمر أو العمر التقريبي:</b></p>				
	<p><b>الأخ #2:</b></p> <p><input type="checkbox"/> متوفي  <b>ما هو تاريخ الوفاة؟</b>  (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p><b>العمر أو العمر التقريبي:</b></p>				

	<p>الأخ #3:</p> <p><input type="checkbox"/> متوفي</p> <p>ما هو تاريخ الوفاة؟ (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p><input type="checkbox"/> على قيد الحياة</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p>العمر أو العمر التقريبي:</p>				
	<p>إذا كان هنالك أكثر من 3 أخوة، يرجى ذكر الأسماء والأعمار، إلخ..</p>				
<p>ملخص عن حالة طلب اللجوء</p>					
					<p>لماذا قمت بمغادرة بلدك الأم؟</p> <p>الرجاء التحدث بإختصار عن:</p> <p>- سبب مغادرة بلدك الأم.</p>

	<p>- وعن خوفك من العودة إلى بلدك الأم.</p>
	<p>ما نوع الأذية التي تخشاها؟</p> <p>- من أي شخص/أشخاص</p> <p>- ولماذا؟</p>
<p> <input type="checkbox"/> عرق    <input type="checkbox"/> دين    <input type="checkbox"/> جنسية/أصل  <input type="checkbox"/> رأي سياسي    <input type="checkbox"/> انتمائك لفئة اجتماعية معينة  <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد): <input type="checkbox"/> لا يمكنني التحديد أو لا أعرف </p>	<p>ما هو السبب/الأسباب الرئيسية لتعرضك للخوف من الاضطهاد؟</p>

<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء قم بشرح ذلك بالتفصيل:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمة العلم (يرجى التحديد):</p> <p><input type="checkbox"/> خدمة في مجموعة مسلحة (يرجى التحديد):</p> <p>أين؟  <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>متى؟ (من <u>الشهر/السنة</u> إلى <u>الشهر/السنة</u>)</p> <p>المنصب (يرجى التحديد):</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل كنت عضو في الجيش أو أي مجموعة مسلحة في بلدك الأم؟</p>
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل:</p> <p>ما هي تلك الأحزاب السياسية</p> <p>الحزب السياسي #1 (يرجى التحديد):</p> <p>الحزب السياسي #2 (يرجى التحديد):</p> <p>الحزب السياسي #3 (يرجى التحديد):</p> <p>أين؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>الحزب السياسي #1 :  الحزب السياسي #2 :  الحزب السياسي #3 :</p> <p>متى؟ (من <u>الشهر/السنة</u> إلى <u>الشهر/السنة</u>)</p> <p>الحزب السياسي #1 :  الحزب السياسي #2 :  الحزب السياسي #3 :</p> <p>ما هي درجة انتمائك:</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل سبق وانضمت لأي حزب سياسي أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك أو زملائك</p>

<p><b>الحزب السياسي #1 :</b></p> <p><input type="checkbox"/> قائد</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل قوي</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك على نحو متوسط</p> <p><input type="checkbox"/> أشارك بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل غير منتظم</p> <p><b>الحزب السياسي #2 :</b></p> <p><input type="checkbox"/> قائد</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل قوي</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك على نحو متوسط</p> <p><input type="checkbox"/> أشارك بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل غير منتظم</p> <p><b>الحزب السياسي #3 :</b></p> <p><input type="checkbox"/> قائد</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل قوي</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك على نحو متوسط</p> <p><input type="checkbox"/> أشارك بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> مشارك بشكل غير منتظم</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل:</p> <p>أي منظمة أو مجموعة دينية:</p> <p>منظمة أو مجموعة دينية #1 (يرجى التحديد):</p> <p>منظمة أو مجموعة دينية #2 (يرجى التحديد):</p> <p>منظمة أو مجموعة دينية #3 (يرجى التحديد):</p> <p>أين؟ (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</p> <p>منظمة أو مجموعة دينية #1 :</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل سبق وانضمت لأي منظمة أو مجموعة دينية أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك أو زملائك</p>

منظمة أو مجموعة دينية #2 :  
منظمة أو مجموعة دينية #3 :

متى؟ (من الشهر/السنة إلى الشهر/السنة)

منظمة أو مجموعة دينية #1 :  
منظمة أو مجموعة دينية #2 :  
منظمة أو مجموعة دينية #3 :

ما هي درجة انتمائك:

منظمة أو مجموعة دينية #1 :

☐ قائد

☐ مشارك بشكل قوي

☐ مشارك على نحو متوسط

☐ أشارك بعض الأحيان

☐ مشارك بشكل غير منتظم

منظمة أو مجموعة دينية #2 :

☐ قائد

☐ مشارك بشكل قوي

☐ مشارك على نحو متوسط

☐ أشارك بعض الأحيان

☐ مشارك بشكل غير منتظم

منظمة أو مجموعة دينية #3 :

☐ قائد

☐ مشارك بشكل قوي

☐ مشارك على نحو متوسط

☐ أشارك بعض الأحيان

☐ مشارك بشكل غير منتظم

هل سبق وانضمت لأي منظمة للمثليين، المثليات، مزدوجي الميول الجنسية، مصححي الهوية الجنسية وثنائيي الجنس (م.م.م.ث) أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك أو زملائك في بلدك الأم.

نعم ☐ كلا ☐

إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل

أي منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث):  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #1 (يرجى التحديد):  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #2 (يرجى التحديد):  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #3 (يرجى التحديد):

أين؟ (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #1:  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #2:  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #3:

متى؟ (من الشهر/السنة إلى الشهر/السنة)  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #1:  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #2:  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #3:

ما هي درجة انتمائك:  
 منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #1:  
☐ قائد

☐ مشارك بشكل قوي

☐ مشارك على نحو متوسط

☐ أشارك بعض الأحيان

☐ مشارك بشكل غير منتظم

منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #2:  
☐ قائد

☐ مشارك بشكل قوي

☐ مشارك على نحو متوسط

☐ أشارك بعض الأحيان

☐ مشارك بشكل غير منتظم

منظمة أو مجموعة (م.م.م.ث) #3:  
☐ قائد



<div> <div><input type="checkbox"/> مشارك بشكل قوي</div> <div><input type="checkbox"/> مشارك على نحو متوسط</div> <div><input type="checkbox"/> أشارك بعض الأحيان</div> <div><input type="checkbox"/> مشارك بشكل غير منتظم</div> </div>		
<div> <p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>أين؟ (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</p> <p>متى؟ (من الشهر/السنة إلى الشهر/السنة)</p> <p>من قبل من؟</p> <p>لماذا؟</p> </div>	<div> <div><input type="checkbox"/> نعم</div> <div><input type="checkbox"/> كلا</div> </div>	<p>هل سبق لك وتعرضت لأي أذية أو سوء معاملة أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك من قبل أي أحد؟</p>

الرجاء شرح ذلك بالتفصيل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	هل تستطيع العودة إلى بلدك الأم؟
--------------------------	---	---------------------------------

### المعلومات الصحية

<p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>إذا أجبت بنعم، قم بشرح الحالة الصحية، وأي المتطلبات الصحية المطلوبة:</p>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<p>هل لديك، لدى رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك المقربون، زملائك أي مشاكل صحية، احتياجات صحية أو إعاقات؟</p>
<p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>إذا أجبت بكلا، الرجاء شرح الصعوبات التي واجهتك أو واجهتهم:</p>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<p>هل تمكنت أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك المثلي)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك المقربون، زملائك من تلقي الرعاية الكافية فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية؟</p>

<p>هل تريد أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك المقربون، زملائك رؤية أي طبيب أو مستشار نفسي؟</p> <p> <input type="checkbox"/> نعم    <input type="checkbox"/> كلا         </p>	<p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>إذا أجبت بنعم، هل لديك أو لديهم إمكانية مقابلة طبيب أو مستشار نفسي؟ إذا لم يكن هنالك إمكانية الرجاء شرح السبب</p>	
<p>التعذيب / العنف القائم على أساس جنسي أو جنساني / أنواع أخرى من العنف</p>		
<p>هل سبق لك وتعرضت لأي عنف أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك في بلدك الأم أو في البلد الذي تقيم فيه حالياً نتيجة هويتك أو هويتهم الشخصية؟</p> <p> <input type="checkbox"/> نعم    <input type="checkbox"/> كلا         </p> <p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>هوية الشخص مرتكب العنف؟</p> <p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>الإصابات الناتجة؟</p>		

<p>استجابة أو تقرير من الشرطة أو السلطات الحكومية؟</p> <p>العلاج أو العناية التي تلقيتها/تلقوها؟</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>هوية الشخص مرتكب العنف؟</p> <p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>الإصابات الناتجة؟</p> <p>تقرير أو أي استجابة من الشرطة أو الدوائر الحكومية؟</p> <p>العلاج الذي تلقيته؟</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل سبق لك وتعرضت لأي عنف أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك في بلدك الأم أو في البلد الذي تقيم فيه حالياً نتيجة ميول/ ميولهم الجنسية و/أو هويتك/ هويتهم الجنسية؟</p>

<p>هل سبق لك وتعرضت لأي تهديد لسلامتك الجسدية أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك في بلدك الأم أو في البلد الذي تقيم فيه حالياً نتيجة هويتك/هويتهم الشخصية؟</p> <p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>طبيعة التهديد؟</p> <p>مصدر التهديد؟</p> <p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>هل حصل أي شيء حيال هذا التهديد؟</p> <p>تقرير أو أي استجابة من الشرطة أو الدوائر الحكومية؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	

<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>طبيعة التهديد؟</p> <p>مصدر التهديد؟</p> <p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>هل حصل أي شي حيال هذا التهديد؟</p> <p>تقرير أو أي استجابة من الشرطة أو الدوائر الحكومية؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل سبق لك وتعرضت لأي تهديد لسلامتك الجسدية أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك في بلدك الأم أو في البلد الذي تقيم فيه حالياً نتيجة ميولك/ ميولهم الجنسية و/أو هويتك/ هويتهم الجنسية؟</p>
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>هوية الشخص مرتكب العنف؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل تعرضت أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك لتعذيب في بلدك الأم؟</p>

<p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p> <p>الإصابات الناتجة؟</p> <p>تقرير أو أي استجابة من الشرطة أو الدوائر الحكومية؟</p> <p>العلاج الذي تلقته؟</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الشخص/الأشخاص المعنيين بالموضوع:</p> <p>هوية الشخص مرتكب العنف؟</p> <p>تاريخ الحادثة؟ <u>(اليوم/الشهر/السنة)</u></p> <p>مكان الحادثة؟ <u>(البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة)</u></p>	<p>هل هنالك شخص تعرفه تعرض للعنف أو التعذيب في بلدك الأم؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	

<p>الإصابات الناتجة؟</p> <p>تقرير أو أي استجابة من الشرطة أو الدوائر الحكومية؟</p> <p>العلاج الذي تلقينته؟</p>		
<p>اعتقال/ سجن</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>طبيعة الإحتكاك:</p> <p>التاريخ الذي تم فيه هذا الإحتكاك (اليوم/الشهر/السنة)</p> <p>المكان الذي تم فيه هذا الإحتكاك (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة):</p> <p>سبب هذا الإحتكاك:</p>	<p> <input type="checkbox"/> نعم    <input type="checkbox"/> كلا         </p>	<p>هل سبق وكان لديك أي احتكاك مع الشرطة أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، أفراد عائلتك، أقاربك، أصدقائك في بلدك الأم أو في البلد الذي تقيم فيه حالياً نتيجة ميولك/ ميولهم الجنسية و/أو هويتك/ هويتهم الجنسية؟</p>



<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ذلك بالتفصيل</p> <p>اسم (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة) الرفيق الحميم، الشريك، أفراد العائلة، الأقارب، الأصدقاء ذات الصلة بالموضوع، إن وُجد:</p> <p>تاريخ الإعتقال أو الحجز (من تاريخ الشهر/السنة إلى تاريخ الشهر/السنة)</p> <p>مكان الإعتقال أو الحجز (البلد/المقاطعة/المدينة/البلدة):</p> <p>من قبل من تم اعتقالك أو حجزك؟</p> <p>سبب الإعتقال أو الحجز؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل سبق واعتُقلت أو تم احتجازك من قبل مسؤولين من الحكومة (الشرطة، الجيش، إلخ.. ) أنت أو رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن الشريك من نفس الجنس)، فرد/أفراد عائلة، قريب/أقارب، صديق/أصدقاء؟</p>
<p>ظروف المعيشة في البلد الذي تقيم فيه حالياً</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ظروف العمل الحالي بالتفصيل:</p> <p>ما هي طبيعة العمل؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل تعمل في الوقت الحالي؟</p>

<p>ما هو دخلك ؟</p> <p>هل لديك أي مشاكل مع صاحب العمل أو الموظفين الآخرين؟</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح ظروف العمل الحالي بالتفصيل:</p> <p>ما هي طبيعة العمل؟</p> <p>ما هو دخلك ؟</p> <p>هل لديك أي مشاكل مع صاحب العمل أو الموظفين الآخرين؟</p> <p>ما هو السبب/الأسباب التي دعتك للتخلي عن وظيفتك/وظائفك السابقة؟ إن وجدت:</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا</p>	<p>هل سبق لك وعملت في وظيفة/وظائف أخرى منذ وصولك إلى البلد الذي تقيم فيه حالياً؟</p>
<p>ما هو نوع المسكن الذي تقيم فيه؟</p> <p>ما هو مبلغ الأجار؟</p>		<p>الرجاء الشرح بالتفصيل عن ظروفك معيشتك في البلد الذي تقيم فيه حالياً؟</p>

<p>ما هو اسم صاحب هذا المسكن (الاسم الأول، الاسم المتوسط واسم العائلة)؟</p> <p>هل تشارك هذا المسكن مع أحد آخر؟</p> <p>إذا كنت تشارك المسكن مع شخص آخر، كم عدد الأشخاص؟</p> <p>ما هي الميول الجنسية أو الهوية الجنسية للأشخاص الذين تشارك معهم المسكن؟</p> <p>هل هم على معرفة بميولك الجنسية أو هويتك الجنسية؟</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، الرجاء شرح الظروف المعيشية في المسكن السابق متضمناً الأسباب التي دعتك لتغييره:</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل سكنت في مكان آخر في البلد الذي تقيم فيه حالياً؟</p>
<p>لم شمل العائلة</p>		
<p>إذا أجبت بنعم، من هو فرد/أفراد عائلتك أو أقاربك؟ وفي أي بلد يعيش/يعيشون؟</p>	<p>نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p>	<p>هل أحد من أفراد عائلتك أو أقاربك يعيش في خارج بلدك الأم؟</p>

## معلومات أخرى

الرجاء قم بشرح أي  
صعوبة/صعوبات تعيشها أنت أو  
رفيقك الحميم، شريكك (يتضمن  
الشريك من نفس الجنس)،  
فرد/أفراد عائلة، قريب/أقارب،  
صديق/أصدقاء منذ وصولك إلى  
البلد الذي تقيم فيه حالياً؟