

## დანართი №1

## სარეგისტრაციო ფორმა

### საქართველოში დაბრუნებულ მიგრანტთა სარეინტეგრაციო დახმარების სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის **სამიზნე ჯგუფს** წარმოადგენენ საქართველოს მოქალაქეები ან მოქალაქეობის არმქონე პირები (საქართველოში მუდმივად ცხოვრების უფლებით), რომლებიც:

- საზღვარგარეთ იმყოფებოდნენ უწყვეტად ერთ წელზე მეტი ვადით: ან არალეგალურად, ან საზღვარგარეთ ჰქონდათ განაცხადი თავშესაფრის მიღებაზე, ან სარგებლობდნენ თავშესაფრით;
- სამშობლოში დაბრუნებიდან 1 წლის განმავლობაში დარეგისტრირდებიან „საქართველოში დაბრუნებულ მიგრანტთა სარეინტეგრაციო დახმარების“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის მიზნით

### ა. ზოგადი ინფორმაცია

1. სახელი, გვარი	
2. დაბადების თარიღი	
3. პირადი ნომერი	
4. საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონის ნომერი, ელფოსტა)	
5. იურიდიული მისამართი (რეგისტრაციის მისამართი)	
6. ფაქტობრივი მისამართი (ამჟამინდელი საცხოვრებელი მისამართი)	
7. ოჯახური მდგომარეობა	<input type="checkbox"/> დაოჯახებული <input type="checkbox"/> განქორწინებული <input type="checkbox"/> მარტოხელა მშობელი <input type="checkbox"/> ქვრივი <input type="checkbox"/> დასაოჯახებელი



<p>8. ჩამოთვლილთაგან გაქვთ თუ არა რომელიმე სოციალური სტატუსი? (გთხოვთ, მონიშნოთ ასეთის არსებობის შემთხვევაში)</p>	<input type="checkbox"/> დევნილის სტატუსი <input type="checkbox"/> სოციალურად დაუცველის სტატუსი <input type="checkbox"/> შშმ პირი	
<p>9. ინფორმაციის წყარო (საიდან მიიღეთ ინფორმაცია აღნიშნული პროგრამის თაობაზე)</p>		
<p>10. საქართველოში დაბრუნების თარიღი</p>		
<p>11. ემიგრაციაში წასვლის თარიღი</p>		
<p>12. ემიგრაციის ქვეყანა</p>		
<p>13. ემიგრაციის მიზანი</p>	<input type="checkbox"/> თავშესაფრის ძიება <input type="checkbox"/> დასაქმება <input type="checkbox"/> მკურნალობა <input type="checkbox"/> სწავლა <input type="checkbox"/> სხვა	
<p>14. ემიგრაციაში ყოფნის სტატუსი</p>	<input type="checkbox"/> ლტოლვილის სტატუსი ან ჰუმანიტარული სტატუსი <input type="checkbox"/> თავშესაფრის მაძიებელი <input type="checkbox"/> არალეგალი <input type="checkbox"/> სხვა (დააზუსტეთ) -----	
<p>15. დაბრუნების ფორმა</p>	<input type="checkbox"/> ნებაყოფლობით <input type="checkbox"/> დეპორტაცია <input type="checkbox"/> რეადმისია	
<p>16. აპირებთ თუ არა კვლავ ემიგრაციაში გამგზავრებას უახლოეს 2 წლის მანძილზე?</p>	<input type="checkbox"/> დიახ, ვაპირებ <input type="checkbox"/> არა, არ ვაპირებ <input type="checkbox"/> არ ვიცი (შესაძლოა)	
<p>17. გყავთ თუ არა არასრულწლოვანი შვილები? (თუ დიახ, გთხოვთ მიუთითოთ ასაკი)</p>	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ	<p>არასრულწლოვანი შვილების ასაკი:</p>



<p><b>18. ემიგრაციაში იმყოფებოდით მარტო, თუ ოჯახთან ერთად?</b> (გთხოვთ, მიუთითოთ ოჯახის წევრები, ასეთის არსებობის შემთხვევაში)</p>	<p><input type="checkbox"/> მარტო</p> <p><input type="checkbox"/> ოჯახთან ერთად</p>	<p><i>ემიგრაციაში მყოფი ოჯახის წევრები:</i></p> <p>1. 2. 3. 4. 5.</p>
<p><b>19. განათლება</b></p>	<p><input type="checkbox"/> საშუალო (ზოგადი)</p> <p><input type="checkbox"/> პროფესიული</p> <p><input type="checkbox"/> უმაღლესი</p>	
<p><b>20. გთხოვთ, მიუთითეთ სამუშაო გამოცდილება ემიგრაციაში წასვლამდე</b></p>		
<p><b>21. გთხოვთ, მიუთითეთ სამუშაო გამოცდილება ემიგრაციაში ყოფნის დროს</b> (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)</p>		
<p><b>22. რა წარმოადგენს თქვენი ოჯახის შემოსავლის წყაროს? რამდენი პირია ოჯახში დასაქმებული?</b></p>		
<p><b>23. მიგიღიათ თუ არა გრანტი / სხვა სახის დაფინანსება რეინტეგრაციის მიზნით?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> არა</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>თუ დიახ, მიუთითეთ გრანტის გამცემი ორგანიზაცია -----</p>	



## ბ. ბენეფიციარის საჭიროებები

<p><input type="checkbox"/> 1. სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების დაფინანსება გამოკვეთილი სამედიცინო საჭიროების შემთხვევაში (მწვავე, ქრონიკული, სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების შემთხვევაში)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. პროფესიული მომზადება-გადამზადება და კვალიფიკაციის ამაღლების ხელშეწყობა</p> <p><input type="checkbox"/> 3. დროებითი საცხოვრებლით უზრუნველყოფა (არაუმეტეს 6 დამისა)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. სოციალური ინიციატივების დაფინანსება ან ეკონომიკური აგენტის სუბსიდირება - გთხოვთ, შეავსოთ „განაცხადის ფორმა“ დანართი #2 (სოციალურ-ეკონომიკური პროექტის გეგმა)</p>	<p>მოკლე აღწერა:</p>
---	----------------------

## გ. ინფორმაციის სისწორის დადასტურება

ქვემოთ ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ჩემ მიერ კითხვარში მიწოდებული ინფორმაცია არის ზუსტი და შეესაბამება სიმართლეს. საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება მოთხოვნილი იქნას დამატებითი დოკუმენტაციის წარმოდგენა. დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის შემთხვევაში, განაცხადი / რეგისტრაცია დარჩება განუხილველი. ვაცნობიერებ, რომ არასწორი ინფორმაციის ან ინფორმაციის არ წარმოდგენის შეთხვევაში შესაძლებელია დაფინანსებაზე უარი მეთქვას.

## დ. თანხმობა მონაცემების გამოთხოვის შესახებ

„პერსონალური მონაცემების შესახებ“ საქართველოს კანონის შესაბამისად, ნებას ვრთავ სსიპ - დევნილთა, ეკომიგრანტთა და საარსებო წყაროებით უზრუნველყოფის სააგენტოს ინტეგრაცია-რეინტეგრაციის სამსახურს, რათა სხვა უწყებებიდან და ორგანიზაციებიდან ჩემს შესახებ ინფორმაცია გამოითხოვოს სარეინტეგრაციო პროგრამების განხორციელების მიზნით.

შევსების თარიღი: ----- ხელმოწერა: -----

**შენიშვნა:** სარეგისტრაციო ფორმას თან უნდა ერთოდეს თქვენი (ბენეფიციარის) პასპორტის ასლი და საზღვრის კვეთის დამადასტურებელი ბეჭდის ასლი, ხოლო პასპორტის საპატიო მიზეზით არ ქონის შემთხვევაში - ბენეფიციარის პირადობის მოწმობის ასლი.