

**INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL**

Anexo II



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones

No. de expediente

Solicitud:

Retorno (PF):

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE RECURSOS DEL FONDO DE RESERVA DE LA CRM

I. DATOS QUE DEBE PROPORCIONAR LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE		
A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE		
1. Datos de la persona responsable de la solicitud	a. Nombre completo	b. Firma
	c. Cargo	d. Teléfono/fax
	e. Dirección de la organización	f. Correo electrónico
2. Persona de la organización solicitante que compiló el formulario	a. Nombre completo	b. Cargo
	c. Teléfono	d. Correo electrónico
3. Certificación de traslado voluntario del Potencial Beneficiario	"Certifico que la persona indicada como el POTENCIAL BENEFICIARIO en este formulario, está voluntariamente solicitando la asistencia de la Organización Internacional para las Migraciones para retornar a su lugar de origen"	
	1. Nombre del funcionario de la Organización Solicitante	2. Firma

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LA PERSONA (marque con una X y detalle)	
<input type="checkbox"/> 1. Menores de edad no acompañados (indique la fecha aproximada en que fue abandonado)	<input type="checkbox"/> 2. Adulto mayor (indique edad)
<input type="checkbox"/> 3. Enfermo/herido	<input type="checkbox"/> 4. Persona con discapacidad (indique si es física o mental)
<input type="checkbox"/> 5. Víctima de delitos	<input type="checkbox"/> 6. Acompañante de persona en situación vulnerable.

8. Breve reseña del caso:

- a. Fecha aproximada en la que el potencial beneficiario se internó o contactó a la organización solicitante:
- b. Estado general de salud física y psicológica del potencial beneficiario al momento de contactar a la organización:
- c. Eventos o hechos que pudieron haber provocado traumas psicológicos y/o físicos particularmente significativos al potencial beneficiario durante los últimos 6 meses (en orden cronológico y de forma detallada):

B. DATOS SOBRE EL POTENCIAL BENEFICIARIO (en caso de que no se cuente con documentación que certifique la información, indicar lo informado por el potencial beneficiario o por sus conocidos)

1. Nombre completo		2. Nacionalidad	
3. Lugar de nacimiento	4. Fecha de nacimiento	5. Sexo	
6. ¿Cuenta con algún documento de identidad? (caso afirmativo indicar tipo de documento y número)			
7. Indicar eventuales números y direcciones de contacto de conocidos o familiares del potencial beneficiario			
8. En caso de que el potencial beneficiario esté acompañado por alguien, indicar los datos de los acompañantes. ¹			

C. FE DE TRASLADO VOLUNTARIO DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

“Doy fe que estoy voluntariamente solicitando la asistencia de la Organización Internacional para las Migraciones para retornar a mi lugar de origen” (en caso de menores no acompañados o legalmente incapaces, debe estar firmado por la autoridad de protección especial o su representante).

1. Nombre

2. Firma o huella

II. DATOS QUE DEBE PROPORCIONAR LA OFICINA OIM PROCESADORA

A. DATOS DEL FUNCIONARIO OIM QUE PROCESA LA SOLICITUD

¹ Si el beneficiario retornará junto con otros beneficiarios o con acompañantes que sean familiares o conocidos, que sean financiados con recursos del Fondo de Reserva, es necesario que por cada uno de los ellos se integre una solicitud.

1. Nombre del funcionario de OIM que procesó la solicitud
2. Información de contacto del funcionario OIM que procesó la solicitud (teléfono, fax y e-mail)
3. Nombre y datos de otro compañero que conozca sobre el caso y pueda brindar apoyo.

B. INFORMACIÓN SOBRE EL RETORNO

1. Lugar donde se ubica el/la potencial beneficiario/a

a. País	b. Ciudad o población
---------	-----------------------

c. Dirección exacta

2. Lugar hacia el cual se requiere trasladar a el/la potencial beneficiario/a

a. País	b. Ciudad o población
---------	-----------------------

c. Dirección exacta

3. En caso de que el/la potencial beneficiario/a vaya a ser recibido/a por una institución en el país de retorno, indicar:

a. Nombre de la institución

b. Nombre de la persona encargada de la recepción	c. Cargo
---	----------

d. Dirección	e. Teléfono/fax
--------------	-----------------

4. Si el/la potencial beneficiario/a debe transitar por algún país distinto al de salida o retorno, indicar:

a. Lugar de tránsito.

b. Nombre de la persona o autoridad encargada de recibir/asistir al retornante en el lugar de tránsito.

c. Información de contacto de la persona o autoridad encargada de recibir al retornante en el lugar de tránsito.

5. En caso de menores de edad no acompañados, indicar quién asume su custodia temporal indique nombre, cargo e institución (marque con una X su relación con la persona).

a. En el lugar de salida funcionario público personal ONG familiar

b. En el lugar de tránsito funcionario público personal ONG familiar

c. En el lugar de retorno funcionario público personal ONG familiar

6. Itinerario de viaje (indicar horas de salida y arribo) a. Tipo de transporte que se utilizará: aéreo terrestre multimodal

b. Entidad(es) o empresa(s) que facilitará(n) el traslado.	
c. Teléfono(s)/fax	d. Información de personas responsables del transporte especializado (si fuera el caso).
7. Requerimientos especiales (marque con una X)	
<input type="checkbox"/> a. Transporte especializado	
<input type="checkbox"/> b. Escolta de seguridad (indique el número de escoltas que serán necesarias).	
<input type="checkbox"/> c. Escolta médica (indique el número y competencias requeridas , ejemplo: 1 doctor, 2 paramédicos, etc.)	

C. FONDOS SOLICITADOS	
1. Monto total de asistencia requerida	USD
2. Desglose de costos	
2.1 Costos totales asociados al viaje de retorno (incluya detalles si lo considera necesario)	USD
a. Transporte	
b. Alimentación y hospedaje del beneficiario	
c. Gastos médicos	
d. Gastos de acompañamiento y/o escolta	
e. Documentación	
f. Comunicación telefónica beneficiario	
g. Otros gastos del viaje (indicar cuáles)	
2.2 Costos administrativos del retorno (incluya detalles si lo considera necesario)	USD
a. Cuota servicio OIM del país de origen	
b. Cuota servicio OIM del país de destino	
c. Cuota servicio OIM del país de tránsito (si aplica)	
3. Monto aprobado (exclusivo para oficina regional OIM)	USD
4. Información completa de la cuenta bancaria hacia la cual hacer la transferencia de recursos: N/A	
D. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	
<p>“El abajo firmante, en representación de la OFICINA PROCESADORA, por este medio manifiesta que la información obtenida con motivo de la integración y procesamiento de esta solicitud no será empleada para fines distintos a la integración y procesamiento de la misma y podrá revelarse a terceros únicamente con motivo de la realización de trabajos de investigación o estadísticos que sean publicados en un formato que no permita la individuación de la personalidad del potencial beneficiario.”</p>	

III. NOTAS ADICIONALES SOBRE EL POTENCIAL BENEFICIARIO O SOBRE EL RETORNO

CHECKLIST DE LOS DOCUMENTOS ANEXADOS POR LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

- 1. Copia de los documentos migratorios o de identidad
- 2. El certificado médico de aptitud para el retorno
- 3. Resumen del historial clínico
- 4. Prescripciones médicas
- 5. Certificado médico de habilidades para persona con alguna discapacidad física o mental
- 6. Documento de la autoridad que está resguardando a un menor

CHECKLIST DE LOS DOCUMENTOS ANEXADOS POR LA OFICINA OIM PROCESADORA

- 1. Constancia de no impedimento para el retorno
- 2. Promesa de recepción del potencial beneficiario
- 3. Promesa de hospitalización del potencial beneficiario (en caso que se requiera)
- 4. Compromiso de transporte y escolta especial
- 5. Certificado de idoneidad para viajar
- 6. En los casos de víctimas de trata, anexar también una solicitud formal de parte de una institución gubernamental que apoye el retorno y los informes de policía o de las autoridades de inmigración²

² Ver Protocolo relativo la gestión de casos de víctimas de trata.