

الاسم: _____

التاريخ: _____

هذه هي حقوقي:

- أن أتمتع بحياة خالية من أي اعتداء جسدي أو لفظي أو نفسي.
- أن أتمتع بحياة خالية من الإساءة الجنسية أو التحرش أو الاستغلال بأي شكل من الأشكال.
- أن ألتزم الصمت إذا استجوبني أحد موظفي الهجرة أو أي موظف حكومي.
- أن أستشير محام وألا أوقع على أي ورقة قبل التشاور معه.
- أن أعيش في بيئة آمنة يعاملني فيها الجميع بعدل وإنصاف.
- أن أندمج في المجتمع، بغض النظر عن عرقي أو ديني أو قدراتي العقلية أو البدنية.
- أن أتمتع بحرية الرأي وحرية المعتقد الديني.
- أن أتمتع بالخصوصية.

أرقام مهمة

هذه أرقام مهمة يمكنني الاتصال بها إذا تعرضت للإساءة أو الاتجار، أو إذا كنت بحاجة إلى دعم في أي أزمة، أو للحصول على معلومات بشأن قضية الهجرة الخاصة بي. في حالة تعرضت لخطر مباشر، سأتصل بالرقم 911.

☐ 911 (أي حالة طارئة)	☐ المركز الوطني للاتصال التابع لمكتب إعادة توطين اللاجئين 7001-203-800-1
☐ الخط الساخن للإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال 4453-422-800-1	☐ الخط الوطني الساخن للإبلاغ عن الاتجار بالبشر 1-888-373-7888
☐ خط المساعدة للوقاية من الانتحار: 988	☐ مؤسسة تنظيم الأسرة: 1-800-230-7526
☐ الخط الساخن لضحايا العنف المنزلي 7233-799-800-1	☐ الخط الساخن للمكتب التنفيذي لمراجعة قضايا الهجرة 7180-898-800-1
☐ خط المساعدة في حالات التسمم 1-800-222-1222	☐ خدمات أخرى:

وثائق مهمة:

هذه هي الوثائق التي يجب أن تكون معي طوال الوقت:

- ☐ بطاقة هوية تحمل صورة (وثيقة التحقق من الإفراج أو أي وثيقة هوية أخرى)
- ☐ استمارة I-94 (نموذج الوصول/المغادرة)
- ☐ بطاقة تصريح العمل
- ☐ خطاب الأهلية الصادر عن مكتب إعادة توطين اللاجئين
- ☐ وثائق أخرى: _____
- ☐ الشهادات الدراسية
- ☐ التقارير الطبية
- ☐ الأوراق القانونية
- ☐ خطاب مكتب مكافحة الاتجار بالأشخاص (إن وُجد)



الأهداف قصيرة الأجل

هذه هي الأهداف التي أريد تحقيقها في الأشهر الثلاثة المقبلة

الهدف رقم 1: التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

الهدف رقم 2: التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

الهدف رقم 3: التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

الأهداف طويلة الأجل

هذه هي الأهداف التي أريد تحقيقها في السنوات الثلاث المقبلة

الهدف رقم 1: التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

الهدف رقم 2: _____ التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف _____

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

الهدف رقم 3: _____ التاريخ المستهدف لتحقيق

الهدف _____

الإجراء المطلوب (خطوات تحقيق الهدف)

الإجراء المطلوب:

استراتيجيات التكيف مع التوتر وخطة الرعاية الذاتية

هذه أمور يمكن أن أقوم بها بمفردي لتهدئة نفسي، وتخفيف التوتر، وتحسين شعوري.

☐

☐

☐

☐

أشخاص موثوق بهم

هؤلاء أشخاص أثق بهم ويمكنني اللجوء إليهم طلبًا للمساعدة.

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

ترتيبات السكن

سأقيم هنا بعد أن أبلغ 18 عامًا.

العنوان: _____

زملاء السكن/أفراد الأسرة: _____

خطة الدعم: _____

مهارات العيش المستقل

نقاط القوة: ما الأشياء التي أستطيع القيام بها بنفسى؟

- | | |
|--|--|
| ☐ التنظيف | ☐ النظافة الشخصية (الاستحمام، وتنظيف الأسنان، وغير ذلك) |
| ☐ تحضير الطعام | ☐ الإسعافات الأولية الأساسية |
| ☐ استخدام أدوات المطبخ | ☐ تنظيم الأمور المالية |
| ☐ التسوق | ☐ التواصل مع الآخرين |
| ☐ غسل الملابس | ☐ تنظيم الوقت |
| ☐ تحديد المواعيد | ☐ استخدام الخريطة |
| ☐ استخدام وسائل النقل العام | ☐ مهارات أخرى: |

المهارات التي أحتاج إلى تطويرها: المهارات التي أريد تحسينها لكي أعتد على نفسى:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

خطة التنقل

سأتنقل بمفردي بالطريقة التالية:

- ☐ المشي ☐ ركوب الدراجة ☐ قيادة السيارة

☐ أسرة/صديق: _____

☐ وسائل النقل العام

التعليمات (النوع والتكلفة والموقع):

تنظيم الأمور المالية

معلومات حسابي البنكي:

☐ حساب توفير

☐ لدي: حساب جاري

إذا كان لديك حساب بنكي، يُرجى ذكر اسم البنك:

سأحصل على دعم مالي من المصادر التالية بعد أن أبلغ 18 عامًا (الأسرة/الأصدقاء، والإعانات، وغير ذلك).

☐ المصدر: _____ المبلغ الشهري: _____



المصدر: ☐ المبلغ الشهري: _____

المصدر: ☐ المبلغ الشهري: _____

استحقاقات الرعاية الصحية/التأمين الصحي

معلومات عن استحقاقات الرعاية الصحية والتأمين الصحي (إن وُجدت)

الاسم: _____ الرقم: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

هذا اسم الصيدلية التي أتعامل معها ومعلومات الاتصال بها

اسم الصيدلية: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

أدويتي الحالية.

اسم الدواء: _____ الجرعة: _____
التعليمات: _____

اسم الدواء: _____ الجرعة: _____
التعليمات: _____

اسم الدواء: _____ الجرعة: _____
التعليمات: _____

مقدمو الخدمات الحاليون

أتعامل مع الجهات التالية من مقدمي الخدمات

الطب العام

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

الأسنان

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

العيون

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

الصحة النفسية

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

الشؤون القانونية

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

التعليم

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

الترفيه

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____

خدمات أخرى:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
بيانات التأمين الصحي: _____