

اسم: _____

تاریخ: _____

این‌ها حقوق من است:

- | | |
|--|---|
| در یک محیط امن، جایی که با من به طور مساوی و منصفانه رفتار شود، زندگی کنم. | عاری از هرگونه آزار فیزیکی، لفظی یا عاطفی زندگی کنم. |
| اینکه صرف نظر از نژاد، مذهب یا توانایی ذهنی یا فیزیکی‌ام، سهمم باشم. | عاری از هرگونه سوءاستفاده جنسی، آزار و اذیت یا استثمار زندگی کنم. |
| آزادی بیان و مذهب داشته باشم. | در صورت سوال و جواب توسط مأمور مهاجرت یا مأمور دولتی سکوت کنم. |
| حریم خصوصی داشته باشم. | با یک وکیل صحبت کنم و بدون صحبت قبلی با یک وکیل چیزی را امضاء نکنم. |

شماره‌های مهم تماس

این‌ها شماره‌های مهمی اند که می‌توانم در صورت قربانی سوءاستفاده یا قاچاق انسان بودن، نیاز به حمایت در حالت بحرانی یا برای کسب معلومات در مورد قضیه مهاجرت با آن‌ها تماس بگیرم. اگر در معرض خطر فوری هستم، باید با شماره 911 تماس بگیرم.

☐ 911 (برای هرگونه وضعیت اضطراری)	☐ مرکز تماس ملی دفتر اسکان مجدد مهاجرین (ORR): 1-800-203-7001
☐ شماره تماس گزارش کودک‌آزاری: 1-800-422-4453	☐ شماره تلفون ملی مبارزه با قاچاق انسان: 1-888-373-7888
☐ خط نجات پیشگیری از خودکشی: 988	☐ خدمات تنظیم خانواده: 1-800-230-7526
☐ خط تلفون خشونت خانوادگی: 1-800-799-7233	☐ خط تماس اداره اجرایی بررسی مهاجرت (EOIR): Línea para averiguar la fecha de la محکمه: 1-800-898-7180
☐ خط کمک برای مسمومیت (- Linea de Control De Veneno) 1-800-222-1222	☐ دیگر:

اسناد مهم

این اسنادی است که من باید در اختیار خود نگه دارم:

- | | |
|--|--|
| ☐ کارت هویت عکس‌دار (تأیید رهایی یا کارت هویت دیگر) | ☐ سوابق تعلیمی و تحصیلی |
| ☐ فورم I-94 | ☐ سوابق طبی |
| ☐ کارت اجازه کار | ☐ اسناد حقوقی |



☐ مکتوب OTIP (اگر قابل تطبیق باشد)

☐ مکتوب واجد شرایط بودن دفتر اسکان مجدد مهاجرین (ORR)

☐ دیگر: _____

اهداف کوتاه مدت

این چیزهای است که من می‌خواهم در جریان سه ماه آینده انجام دهم.

هدف شماره 1: _____ تاریخ تکمیلی _____

_____:

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهم یافت؟)

اقدام:

هدف شماره 2: _____ تاریخ _____

_____ تکمیلی:

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهم یافت؟)

اقدام:

هدف شماره 3: _____ تاریخ _____

_____ تکمیلی:

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهم یافت؟)

اقدام:

اهداف دراز مدت

این چیزهای است که من می‌خواهم در جریان سه ماه آینده انجام دهم.

هدف شماره 1: _____ تاریخ تکمیلی _____

_____:

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهم یافت؟)

اقدام:

هدف شماره 2: _____ تاریخ _____

تکمیلی: _____

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهیم یافت؟)

اقدام: _____

هدف شماره 3: _____ تاریخ _____

تکمیلی: _____

اقدام (چگونه به این هدف دست خواهیم یافت؟)

اقدام: _____

روش‌های کنار آمدن با مشکلات و پلان مراقبت از خود

این‌ها کارهای اند که می‌توانم به تنهایی انجام دهم تا آرام شوم، استرس را کاهش دهم و احساس بهتری داشته باشم.

☐☐☐☐

افراد مورد اعتماد

اینها افراد مورد اعتمادی اند که می‌توانم برای کمک به آن‌ها مراجعه کنم.

اسم: _____ شماره: _____

آدرس: _____

اسم: _____ شماره: _____

آدرس: _____

اسم: _____ شماره: _____

آدرس: _____

ترتیبات زندگی

اینجا جایی است که من پلان دارم بعد از 18 سالگی زندگی کنم:

آدرس: _____

هم اتاقی‌ها/اعضای خانواده: _____

پلان حمایت: _____

مهارت‌های زندگی مستقل

نقاط قوت: کدام مهارت‌ها را می‌توانم به تنهایی تکمیل کنم؟

- | | |
|---|---|
| ☐ صفاکاری | ☐ حفظ الصحه شخصی (حمام کردن، برس زدن دندان و...) |
| ☐ تهیه غذا | ☐ کمک‌های اولیه |
| ☐ استفاده از وسایل آشپزخانه | ☐ مدیریت پول |
| ☐ خرید | ☐ مفاهمه با دیگران |
| ☐ باس‌شویی | ☐ مدیریت زمان |
| ☐ تعیین وقت ملاقات | ☐ استفاده از نقشه |
| ☐ آموزش استفاده از ترانسپورت عمومی | ☐ دیگر |

ساعات نیاز: کدام مهارت‌ها را می‌خواهم همزمان با آماده شدن برای استقلال، بهبود ببخشم؟

- | | |
|----------|----------|
| _____ .A | _____ .C |
| _____ .B | _____ .D |

پلان ترانسپورت

من پلان دارم به این صورت مستقل سفر کنم:

- ☐ پیاده روی ☐ با بایسکل رفتن ☐ رانندگی
- ☐ خانواده/دوست: _____
- ☐ ترانسپورت عامه

راهنمایی‌ها (نوع، هزینه، محل): _____

مدیریت پول

این معلومات بانکی من است:

- من دارم: ☐ حساب جاری ☐ حساب پس انداز
- اگر بلی، نام بانک من چیست؟ _____

من بعد از تکمیل شدن 18 سالگی از منابع ذیل حمایت مالی دریافت خواهم کرد (خانواده/دوستان، مزایا، وغيره)

- منبع: _____ مبلغ ماهوار: _____
- منبع: _____ مبلغ ماهوار: _____
- منبع: _____ مبلغ ماهوار: _____



مزایای صحی/بیمه

این مزایای صحی فعلی و معلومات بیمه من است (اگر قابل تطبیق باشد).

اسم: _____ شماره: _____

معلومات بیمه: _____

این نام و معلومات تماس دواخانه من است.

نام دواخانه: _____ شماره تلفون: _____

مکان: _____

این دواهای فعلی من است.

نام دوا: _____ مقدار مصرف: _____

راهنمایی ها: _____

نام دوا: _____ مقدار مصرف: _____

راهنمایی ها: _____

نام دوا: _____ مقدار مصرف: _____

راهنمایی ها: _____

ارائه دهندگان خدمات فعلی

این ها ارائه دهندگان خدمات فعلی من هستند.

طبی

اسم: _____ شماره: _____

معلومات بیمه: _____

دندان

اسم: _____ شماره: _____

معلومات بیمه: _____

بینایی

اسم: _____ شماره: _____

معلومات بیمه: _____



صحت روانی

اسم: _____ شماره: _____
معلومات بیمه: _____

حقوقی

اسم: _____ شماره: _____
معلومات بیمه: _____

تعلیمی

اسم: _____ شماره: _____
معلومات بیمه: _____

تفریح

اسم: _____ شماره: _____
معلومات بیمه: _____

دیگر

اسم: _____ شماره: _____
معلومات بیمه: _____