الاسم: _____ التاريخ: _____

هذه هي حقوقي:

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.

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 أوقّع على أي ورقة قبل التشاور معه.

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 (لأي حالة طارئة)**	☐ المركز الوطني للاتصال التابع لمكتب إعادة توطين اللاجئين 1-800-203-7001
☐ الخط الساخن للإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال 1-800-422-4453	☐ 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 1-800-799-7233	☐ الخط الساخن للمكتب التنفيذي لمراجعة قضايا الهجرة 1-800-898-7180
☐ 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 بنفسي؟

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

المهارات التي أحتاج إلى تطويرها: المهارات التي أريد تحسينها لكي أعتمد على نفسي:

1. _____
2. _____
3. _____
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:

لدي: ☐ حساب جاري ☐ حساب توفير

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:

_____