اسم: _____ تاریخ: _____

این‌ها حقوق من است:

در یک محیط امن، جایی که با من به طور مساوی و منصفانه رفتار شود، زندگی کنم.

اینکه صرف نظر از نژاد، مذهب یا توانایی ذهنی یا فزیکی‌ام، سهیم باشم.

آزادی بیان و مذهب داشته باشیم.

حریم خصوصی داشته باشم.

عاری از هرگونه آزار فزیکی، لفظی یا عاطفی زندگی کنم.

عاری از هرگونه سوءاستفاده جنسی، آزار و اذیت یا استثمار زندگی کنم.

در صورت سوال و جواب توسط مامور مهاجرت یا مامور دولتی سکوت کنم.

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 مهاجرتم 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 تیلفون ملی مبارزه با قاچاق انسان: 1-888-373-7888
☐ خط نجات پیشگیری از خودکشی: 988	☐ خدمات تنظیم خانواده: 1-800-230-7526
☐ خط تیلفون 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)
- ☐ فورم I-94
- ☐ کارت اجازه کار
- ☐ مکتوب واجد شرایط بودن دفتر اسکان مجدد مهاجرین (ORR)
- ☐ دیگر: _____
- ☐ سوابق تعلیمی و تحصیلی
- ☐ سوابق طبی
- ☐ اسناد حقوقی
- ☐ مکتوب OTIP (اگر قابل تطبیق باشد)

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 خواهم یافت؟)

_____

اقدام:

_____

_____

هدف شماره 3: _____ تاریخ تکمیلی:_____

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

ساحات 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، وغیره)

☐ 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 تلیفون: _____

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

این‌ها 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: _____