نوم: _____ نېټه: _____

دا زما حقونه دي:

په خوندي چاپيريال کې ژوند کول، چې پکې يو شان او عادلانه چلند وشي.

د نسل، مذهب، ذهني يا جسماني وړتيا پرته، په هر څه کې برخه لرل.

د خبره کولو او د مذهب آزادي لرل.

محرميت لرل.

بې له وهلو، ټکولو او سپکاوي ژوند کول.

بې له هر ډول جنسي خوروني، بد چلند يا زياتي ژوند کول.

که د مهاجرت اداري يا حکومتي مامور پوښتنه وکړي، د غلي پاتې کېدو حق لرل.

له وکيل سره د خبرو حق لرل او تر وکيل مخکې لاسليک نه کول.

مهمې شمېرې

دا هغه مهمې شمېرې دي چې زه ورته د ظلم يا انساني قاچاق، بېرنۍ مرستې، يا د خپلې مهاجرت قضيې په اړه د معلوماتو لپاره زنګ وهلی شم. که په خطر کې يم، 911 ته زنګ وهم.

☐ 911 (د هر ډول بېرني حالت لپاره)	☐ د ORR د اړيکو ملي مرکز (Centro Nacional de ORR): 1-800-203-7001
☐ د ماشومانو ناوړه استفادې هاټلاين: 1-800-422-4453	☐ د انساني قاچاق پر وړاندې د مبارزې هاټلاين: 1-888-373-7888
☐ د ځان وژنې د مخنيوي ټليفوني مرکز: 988	☐ د کورنۍ تنظيمول: 1-800-230-7526
☐ کورنۍ تاوتريخوالي اړيکې شمېره: 1-800-799-7233	☐ د EOIR هاټلاين: Línea para averiguar la fecha de la corte: 1-800-898-7180
☐ د زهرجنو موادو په برخه کې مرسته (Linea de Control De -Veneno) - 1-800 222-1222	☐ نور:

مهم اسناد

دا هغه اسناد دي چې زه يې بايد له ځان سره ولرم:

☐ عکس لرونکی پېژندپاڼه (ID) (د خوشې کېدو تصديق يا بله پېژندپاڼه)
☐ د I-94 فورمه
☐ د کار جواز کارت
☐ د ORR د وړتيا ليک
☐ نور: _____
☐ شوونيز اسناد
☐ روغتيايي سوابق
☐ قانوني اسناد
☐ د OTIP ليک (که اړوند وي)

لنډمهاله موخې

دا هغه کارونه دي چې زه غواړم په راتلونکو درې میاشتو کې یې ترسره کړم.

1 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

2 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

3 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

اوږدمهاله موخې

دا هغه کارونه دي چې زه غواړم په راتلونکو درې کلونو کې یې ترسره کړم.

1 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

2 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

3 موخه: _____ د موخې بشپړېدو نېټه: _____

_____

کاري ګام (زه به دا څنګه ترسره کړم؟)

_____

کاري ګام:

_____

_____

د زړه صبرولو لارې او د ځان ساتلو چل

دا هغه کارونه دي چې زه يې په خپله د ارامۍ، سترس راکمولو، او د بڼه احساس لپاره ترسره کولای شم.

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

د باور خلک

دا هغه د باور خلک دي چې زه ورته د مرستې لپاره مخ اړولای شم.

نوم: _____ شمېره: _____

پته: _____

نوم: _____ شمېره: _____

پته: _____

نوم: _____ شمېره: _____

پته: _____

د اوسېدو ځایونه

دا هغه ځای دی چې زه پکې له 18 کلنۍ وروسته د اوسېدو اراده لرم:

پته: _____

د اطاق ملګري/د کورنۍ غړي: _____

د ملاتړ پلان:

_____

د خپلواک ژوند مهارتونه

د قوت ټکي: زه کوم مهارتونه په خپله ترسره کولای شم؟

- ☐ پاکـکاري
- ☐ د ډوډۍ تیارول
- ☐ د پخلنځي د سامانونو کارول
- ☐ پېرود کول
- ☐ کالي مینځل
- ☐ نوبت اخیستل
- ☐ د عامه ټرانسپورټ کارول
- ☐ شخصي پاکوالی (حمام، د غاښونو بورس کول، او داسي نور)
- ☐ لومړنۍ روغتیايي مرستې
- ☐ د پیسو مدیریتول
- ☐ له نورو سره اړیکي نیول
- ☐ د وخت مدیریت
- ☐ نقشي کارول
- ☐ نور

د اړتیا وړ برخې: خپلواکی ته د چمتووالي لپاره کوم مهارتونه زده کړم؟

A. _____ C. _____

B. _____ D. _____

د ټرانسپورټ پلان

د خپلواک تګ راتګ لپاره زما پلان دا دی:

☐ قدم وهل ☐ بایسکل چلول ☐ موټر چلول

☐ کورنۍ/ملګری: _____

☐ عامه ټرانسپورټ

لاربښوونې (پول، قیمت، ځای): _____

د پیسو مدیریت

دا زما د بانک معلومات دي:

دا مهال زه لرم: ☐ چیکینګ اکاونټ ☐ سیوینګ اکاونټ

که ځوای هو وي، زما د بانک نوم څه دی؟ _____

کله چې زه 18 کلن شم، له لاندې سرچینو څخه مالي ملاتړ ترلاسه کړم (کورنۍ/ملګري، ګټې، او نور)

☐ سرچینه: _____ میاشتنۍ اندازه: _____

☐ سرچینه: _____ میاشتنۍ اندازه: _____

☐ سرچینه: _____ میاشتنۍ اندازه: _____

روغتیايي ګټې/بیمه

دا زما د اوسني روغتیايي ګټو او بیمې معلومات دي (که اړوند وي).

نوم: _____ شمېره: _____

د بیمې معلومات: _____

دا زما د درملتون نوم او د اړیکو معلومات دي.

د درملتون نوم: _____ د تلیفون شمیره: _____

موقعیت: _____

دا زما اوسني درمل دي.

د درملو نوم: _____ ډوز: _____

لاربښوونې: _____

د درملو نوم: _____ ډوز: _____

لاربښوونې: _____

د درملو نوم: _____ ډوز: _____

لاربښوونې: _____

اوسني ډاکټران

دا زما اوسني ډاکټران دي.

روغتيايي

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

د غاښونو متخصص

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

د سترګو متخصص

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

رواني روغتيا

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

قانوني

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

تعليم

نوم: _____ شمېره: _____

د بيمې معلومات: _____

تفریح

نوم: _____ شمېره: _____

د بیمې معلومات: _____

نور

نوم: _____ شمېره: _____

د بیمې معلومات: _____