

**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL RETORNO VOLUNTARIO
DIRIGIDA AL COMANDANTE EN JEFE
DE LA GUARDIA DE FRONTERAS**



| | | | | |
|---|--|---------------------|------|---------------------|
| Apellido | | Nombre | | |
| Fecha de nacimiento | | Sexo | | |
| Nacionalidad | | | | |
| Dirección actual en la República de Polonia | | | | |
| Número de teléfono | | | | |
| E-mail | | | | |
| Estatuto jurídico en el territorio de la República de Polonia | <input type="checkbox"/> decisión de obligar a un extranjero a retornar sin especificar una fecha para la salida voluntaria <input type="checkbox"/> decisión de obligar al extranjero a retornar, sujeta a ejecución forzosa, cuando concurren circunstancias que excluyan la posibilidad de aplicar al extranjero medidas de internamiento (art. 334 apdo.2) pt. 2) <input type="checkbox"/> decisión de denegación del estatuto de refugiado o de protección subsidiaria, <input type="checkbox"/> decisión de declarar inadmisibles una solicitud de protección internacional <input type="checkbox"/> decisión de archivar el procedimiento de protección internacional <input type="checkbox"/> solicitud de protección internacional dejada sin examinar por razones formales <input type="checkbox"/> extranjero identificado como víctima de la trata de seres humanos, y con estancia en el territorio de la República de Polonia sobre la base de un certificado a que se refiere el art. 170 o sobre la base de un permiso de residencia temporal a que se refiere el art. 176 | | | |
| ¿Tiene pasaporte en vigor? | | | | |
| ¿Tienen los miembros de su familia (incluidos los niños) documentos de viaje válidos? | | | | |
| ¿Dónde están sus pasaportes? | | | | |
| Miembros de la familia incluidos en la solicitud de asistencia al retorno voluntario: | | | | |
| Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | Sexo | Grado de parentesco |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ¿Alguna de las personas incluidas en la solicitud está enferma/discapacitada/necesita atención médica durante el viaje? | | | | |
| ¿Alguna de las mujeres incluidas en la solicitud está embarazada? En caso afirmativo, indique en qué semana. | | | | |

Wniosek do KGSG o udzielenie pomocy w dobrowolnym powrocie – jęz. hiszpański

Declaro que no tengo los medios ni la capacidad de organizar mi retorno por mí mismo.

Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que he facilitado es correcta.

En nombre propio, de los miembros de mi familia y de mis herederos, declaro que en caso de sufrir un daño a la salud, quedar discapacitado o fallecer durante o después de mi participación en el programa de retorno voluntario, el Comandante en Jefe de la Guardia de Fronteras y otras instituciones /organizaciones participantes no serán legalmente responsables por ello.

Autorizo el tratamiento de los datos personales facilitados en la presente solicitud a efectos del programa de retorno voluntario. Soy consciente de que la información que he facilitado en la solicitud será transmitida y tratada por las instituciones/organizaciones competentes en la medida necesaria para la preparación y ejecución del retorno voluntario de las personas a las que se refiere esta solicitud, a lo que doy mi consentimiento.

Yo, _____, de nacionalidad _____
(nombre y apellido) (nombre del Estado)

declaro que, tras la debida consideración, deseo retornar de forma totalmente voluntaria a:

(país de retorno)

Entiendo que mi retorno se realizará directamente a _____, sin la posibilidad de permanecer en otro país.
(nombre del Estado)

Firma del solicitante _____

Lugar y fecha _____