



Deputy Ministry of Social Welfare

معاونت وزارت بهزیستی

Application for Material Reception Conditions

درخواست تامین شرایط مادی پذیرش

DATE OF APPLICATION:/...../..... F.....-.....R

تاریخ درخواست

Alien Registration Card Number (ARC).....

شماره کارت اتباع بیگانه

First Name : نام :	Surname: نام خانوادگی:	
Gender : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> جنسیت : زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	Title : Mr. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> عنوان : آقای <input type="checkbox"/> دوشیزه <input type="checkbox"/> بانو <input type="checkbox"/>	
Nationality: ملیت:	Religion: مذهب:	ID/Passport No: شماره کارت شناسایی/ پاسپورت :
Address آدرس	Contact Phone Number : شماره تماس :	Date of Birth : تاریخ تولد :
		Place of Birth: محل تولد:
Marital Status : وضعیت تاهل Single : <input type="checkbox"/> Divorced: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> مجرد : <input type="checkbox"/> مطلقه : <input type="checkbox"/> سایر موارد : <input type="checkbox"/> Married : <input type="checkbox"/> Widowed: <input type="checkbox"/> متاهل : <input type="checkbox"/> بیوه : <input type="checkbox"/>	Languages Spoken : زبان تکلم :	Interpreter required : مترجم مورد نیاز است Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
	Mother tongue: زبان مادری:	
	Other languages: زبان های دیگر:	

Family members accompanying the applicant

اعضایی از خانواده که متقاضی را همراهی می کنند

Full Name نام و نام خانوادگی	Date of birth تاریخ تولد	Gender (M/F) جنسیت (مرد/بانو)	Relationship نسبت خویشاوندی

I hereby formally declare that I have completed in this form all data required, which are, to the best of my knowledge, true, accurate and complete

بدینوسیله رسماً اعلام می نمایم که آنچه در این فرم درج کرده ام دقیق , صحیح , کامل و مطابق با آخرین اطلاعاتی هستند که در اختیار دارم .

Signature of Applicant:

امضاء متقاضی

Date:

تاریخ

Having knowledge that is my absolute right to deny or consent, without this affecting in any way the assessment of my application, I hereby authorize access to my file, to a representative of a competent organisation or other authority, for quality control purposes.

با آگاهی از حقوق خود مبنی رد یا قبول اعطای مجوز دسترسی به پرونده اینجانب و علم به اینکه این امر ارزیابی درخواست اینجانب را تحت الشعاع قرار نمی دهد, بدین وسیله به نمایندگان سازمانهای مجاز یا مقامهای ذیربط اختیار می دهم با هدف بررسی کیفی به پرونده اینجانب دسترسی داشته باشند.

Applicant's Full Name:

Applicant's Signature:

Date:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

امضاء متقاضی:

تاریخ: