



دليل تخطيط سلامة الأسرة

تم تجميعه من قبل الاتحاد الأمريكي للحريات المدنية في ألاسكا، صيف 2025

ACLU
Alaska

مع تزايد اعتقالات المهاجرين في جميع أنحاء البلاد، من المهم أن تعرف أنت وأسرتك حقوقكم القانونية وأن يكون لديكم خطة سلامة في حالة الطوارئ.

خطة سلامة الأسرة هي مجموعة من المعلومات والوثائق التي يمكن أن تساعد الأسرة في حالات الطوارئ. سيساعدك هذا الدليل في وضع خطة سلامة الأسرة في حالة اعتقالك أو ترحيلك من قبل وكالة انفاذ قوانين الهجرة والجمارك (ICE).

اعرف حقوقك

كل شخص في الولايات المتحدة، بما في ذلك جميع المهاجرين، يتمتع بحقوق بموجب الدستور. تعرف على المزيد حول حقوقك وكيفية استخدامها على: www.aclu.org/know-your-rights/immigrants-rights.



امسح الرمز للوصول إلى معلومات
"اعرف حقوقك"

ماذا تفعل إذا تم اعتقالك من قبل مسؤولي الهجرة



إذا اعتقلك مسؤولو الهجرة في ألاسكا، فمن المرجح أن يتم احتجازك في سجن إدارة الإصلاحات في ألاسكا حتى يتم إرسالك إلى خارج الولاية إلى التوقيف التابع لوكالة انفاذ قوانين الهجرة والجمارك (ICE)، عادةً في تاكوما، واشنطن. ما لم تتمكن من الحصول على "كفالة" والإفراج عنك، فمن المرجح أن تُرسل إلى خارج الولاية خلال 48 ساعة من الاعتقال.

لديك الحق في التحدث مع محامٍ، لديك الحق في التزام الصمت، ولديك الحق في الاستعانة بمترجم فوري. إذا كنت تخشى العودة إلى بلدك الأم، **فيجب عليك إبلاغ مسؤولي الهجرة. لا توقع على أي شيء لا تفهمه!**

من المهم جدًا أن يكون لدى أسرته وأصدقائك المعلومات اللازمة لمساعدتك في حال احتجازك من قبل مسؤولي الهجرة. من الضروري أيضًا أن تحفظ أرقام الهواتف المهمة لتتمكن من الاتصال بسرعة بشخص يمكنه تنفيذ خطة سلامة الأسرة الخاصة بك.

كيفية العثور على شخص محتجز من قبل ICE

يمكنك البحث عن شخص محتجز من قبل وكالة إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك (ICE) أو هيئة الجمارك وحماية الحدود (CBP) باستخدام الموقع الإلكتروني التالي: www.locator.ice.gov

بمجرد احتجاز شخص ما لمدة 48 ساعة على الأقل، فيُفترض أن يمكن العثور عليه في قاعدة البيانات هذه. ينطبق هذا على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا.

للعثور على شخص ما، يجب أن تعرف رقم "A-Number" الخاص به أو تاريخ ميلاده وبلد ميلاده.

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً حول البحث عن احد المقربين منك بعد اعتقاله من قبل سلطات الهجرة الأمريكية، يرجى الاطلاع على دليل المركز الوطني لقانون الهجرة "كيفية العثور على احد المقربين منك بعد اعتقاله من قبل سلطات الهجرة الأمريكية".



امسح الرمز للوصول إلى locator.ice.gov



امسح الرمز للوصول إلى موارد NILC

ما الذي يجب تضمينه في خطة سلامة الأسرة خاصتك

يجب أن تتضمن خطة سلامة أسرتك ما يجب القيام به إذا تم القبض عليك أو على أحد أفراد أسرتك من قبل ICE. على الرغم من أن هذه الفكرة مخيفة، إلا أنه من المهم التفكير في جميع القضايا اللوجستية وقضايا السلامة التي قد تنشأ إذا تم احتجازك فجأة. يجب أن تتضمن خطتك ما يلي:

- من يمكنه اصطحاب الأطفال والعناية بهم؟
- من سيعتني بحيوانك الأليف؟
- ما هي الأدوية التي تحتاج إلى الحصول عليها؟
- من سيبذل أسرتك الممتدة أو صاحب عملك بأنه قد تم احتجازك؟
- من سيتواصل مع محاميك أو يساعدك في إيجاد محامي؟
- من الذي يمكنه ضمان سداد فواتيرك؟
- من لديه مجموعة مفاتيح احتياطية لنقل سيارتك أو دخول منزلك لجمع المستندات المهمة؟



نصيحة: احرص على تخزين خطة سلامة الأسرة الخاصة بك في مكان آمن يسهل العثور عليه. قم بعمل نسخ متعددة من خطة سلامة الأسرة الخاصة بك وشاركها مع أحد أفراد أسرتك أو أصدقائك الموثوق بهم، مثل جهة الاتصال في حالات الطوارئ.

ما الذي يجب تضمينه في خطة سلامة الأسرة خاصتك، تمة.

يجب أن تتضمن خطة سلامة الأسرة معلومات أساسية عنك وعن أفراد أسرتك، وتتضمن مستندات مهمة، إن وجدت لديك، بما في ذلك:

- نسخ من رخصة القيادة/بطاقات الهوية
- نسخ من جوازات السفر
- نسخ من وثائق الهجرة (بما في ذلك رقم "A Number"، تصريح العمل، البطاقة الخضراء، التأشيرات، إشعارات استلام الطلبات المعلقة، إلخ).
- نسخ من بطاقة الضمان الاجتماعي أو رقم ITIN
- رخصة الزواج
- شهادات الميلاد
- الوصفات الطبية والسجلات الطبية المهمة وسجلات التطعيمات
- معلومات مهمة عنك (انظر الملحق A)
- معلومات مهمة عن أطفالك (انظر الملحق B)
- معلومات مهمة عن الشخص الذي أنا مقدم الرعاية الرئيسي له (انظر الملحق C)
- معلومات مهمة عن حيواناتك الأليفة (انظر الملحق D)
- نسخة من تفويض الحقوق الأبوية (انظر الملحق E)
- الأقرار الخطي (الملحق F)
- مستندات تثبت إقامتك في الولايات المتحدة ومقدار الوقت الذي كنت موجودًا فيه فعليًا في الولايات المتحدة.

الإبلاغ عن نشاط ICE

يقوم الاتحاد الأمريكي للحريات المدنية (ACLU) في ألاسكا بمراقبة الاعتقالات المتعلقة بالهجرة في جميع أنحاء الولاية. إذا رأيت أو سمعت عن إنفاذ قوانين الهجرة في مجتمعك، يرجى ملء هذا الاستبيان الموجز.



امسح الرمز للإبلاغ
عن نشاط ICE



هل تحتاج إلى المساعدة؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء أي جزء من خطة سلامة الأسرة، يُرجى مراسلة ACLU في ألاسكا عبر البريد الإلكتروني info@acluak.org.

معلومات السيرة الذاتية

	الاسم
	رقم "A Number" (إن وجد)
	تاريخ الميلاد/ العمر
	الضمان
	العنوان
	من يحق له دخول منزلك أو أين يوجد مفتاح احتياطي؟
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	بلد الجنسية
	الوضع في الولايات المتحدة
	رقم جواز السفر، بلد الإصدار، وتاريخ الانتهاء
	رقم رخصة القيادة وولاية الإصدار

معلومات الزواج أو الزوجة/الشركاء (إن وجد)

	الاسم
	رقم "A Number" (إن وجد)
	تاريخ الميلاد/ العمر
	الضمان
	العنوان
	رقم الهاتف
	حالة العلاقة

	منذ متى وأنتما معاً؟
	البريد الإلكتروني
	بلد الجنسية
	الوضع القانوني في الولايات المتحدة
	رقم جواز السفر، بلد الإصدار، وتاريخ الانتهاء
الأطفال والمعالون قانونياً	
	كم عدد الأطفال (بما في ذلك المعالين قانونياً) لديك؟
	يرجى ملء الملحق (B) لكل طفل أو معال.
معلومات عن والديك	
	اسم الأم/الأب (1)
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	اسم الأم/الأب (2)
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	إذا كنتَ مقدم الرعاية الرئيسي لوالديك أو أي أفراد آخرين، يُرجى بيان ذلك هنا.
المعلومات الطبية	
	الحالات الطبية

	الأدوية (الجرعات، التكرار، إلخ)
	الحساسيات
	في حال الاحتجاز، ما هي الأدوية أو خدمات الرعاية الصحية التي تحتاج إلى الوصول إليها فوراً؟
	اسم الطبيب وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات التأمين الصحي
	اسم طبيب الأسنان وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات تأمين الأسنان
معلومات العمل	
	اسم صاحب العمل
	المسمى الوظيفي
	اسم المشرف
	معلومات الاتصال بالمشرف
<input type="checkbox"/> نعم أو <input type="checkbox"/> لا	في حال احتجازي، أرغب في مشاركة المعلومات التي تتعلق بوضعي مع صاحب العمل:
معلومات المركبة	
	ماركة/ طراز السيارة
	رقم لوحة السيارة
	شركة تأمين السيارة
	رقم بوليصة التأمين
	رقم الهاتف
	موقع المفتاح الاحتياطي

المعلومات المالية

المصرف

رقم الحساب

الفواتير الشهرية (اذكر الشركة ورقم الحساب وطريقة الدفع لكل فاتورة)

معلومات المحامي

اسم المحامي/ مكتب المحاماة

العنوان

رقم الهاتف

 نعم أو لا

هل لديك علاقة عميل/محامي قائمة بالفعل؟

هل لديك طلب معلق؟ إذا كان الأمر كذلك، قدم نوع الطلب ورقم الإيصال.

هل أنت حالياً بصدد إجراءات الترحيل؟ إذا كان الأمر كذلك، ما هو تاريخ ووقت جلسة ستماعك التالية؟

معلومات القنصلية

العنوان

رقم الهاتف

جهة اتصال الطوارئ (1) في الولايات المتحدة

الاسم

العنوان

رقم الهاتف

البريد الإلكتروني

العلاقة بك

جهة اتصال الطوارئ (2) في الولايات المتحدة	
	الاسم
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	العلاقة بك
جهة اتصال الطوارئ في البلد الاصلی	
	الاسم
	العنوان
	رقم الهاتف (يتضمن رمز البلد)
	البريد الإلكتروني
	العلاقة بك
معلومات مهمة أخرى:	
إذا تم احتجازي بواسطة ICE، ارجب أن تفعل أسرتي التالي:	

معلومات السيرة الذاتية	
	اسم الطفل
	رقم "A Number" (إن وجد)
	تاريخ الميلاد/ العمر
	مكان الميلاد
	الضمانر
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الالكتروني
	بلد الجنسية
	الوضع القانوني في الولايات المتحدة
	رقم جواز السفر، بلد الإصدار، وتاريخ الانتهاء
معلومات عن الوالد الآخر	
	الاسم الكامل للوالد الآخر
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الالكتروني
	بلد الجنسية
	الوضع القانوني في الولايات المتحدة

المعلومات الطبية

	الحالات الطبية
	الأدوية (الجرعات، التكرار)
	الحساسيات
	اسم الطبيب وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات التأمين الصحي
	اسم طبيب الأسنان وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات تأمين الأسنان

معلومات المدرسة

	اسم المدرسة وعنوانها
	رقم هاتف المدرسة
	اسم المعلم
	رقم الفصل
	اسم برنامج ما بعد المدرسة
	جهة الاتصال و/أو رقم هاتف برنامج ما بعد المدرسة

معلومات مهمة أخرى:

الجدول المعتاد لطفلي [ضع في الاعتبار تضمين أوقات الوجبات، روتين أوقات وأماكن الاصطحاب من وإلى المدرسة، وقت النوم، إلخ.]

معلومات السيرة الذاتية

	الاسم
	رقم "A Number" (إن وجد)
	تاريخ الميلاد/ العمر
	مكان الميلاد
	الضمان
	العلاقة بك
	العنوان
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	بلد الجنسية
	الوضع القانوني في الولايات المتحدة
	رقم جواز السفر، بلد الإصدار، وتاريخ الانتهاء

المعلومات الطبية

	الحالات الطبية
	الأدوية (الجرعات، التكرار)
	الحساسيات
	اسم الطبيب وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات التأمين الصحي
	اسم طبيب الأسنان وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات تأمين الأسنان

معلومات مهمة أخرى:

الجدول المعتاد لمن اعيله [ضع في الاعتبار تضمين أوقات الوجبات، روتين أوقات وأماكن الإقلا إلى مكان ما أو الاصطحاب من المكان، وقت النوم، إلخ.]

	اسم الحيوان الأليف
	العمر
	السلالة
	المظهر والعلامات
	الطعام ومواعيد الإطعام
	اسم الطبيب البيطري وعنوانه ورقم هاتفه
	معلومات التأمين الصحي
	الحالات الطبية/الأدوية
	الحساسيات
	اسم ومعلومات الاتصال بالشخص الذي أرغب في أن يرعى حيواني الأليف في غيابي.
معلومات مهمة أخرى:	

إذا كنت الوصي القانوني الوحيد على طفلك (أطفالك)، وتعرف من الشخص الذي ترغب أن يرعاهم في حالة احتجازك أو ترحيلك، فيجب عليك منح ذلك الشخص "توكيل رسمي" على طفلك (أطفالك). يمنح نموذج تفويض الحقوق الأبوية الشخص الذي تختاره (المعروف أيضاً باسم "الوكيل المفوض") السلطة القانونية لاتخاذ القرارات المتعلقة برعاية طفلك (أطفالك)، فقط في حالة احتجازك أو ترحيلك، ولمدة عام فقط.

لا يلزم أن يكون الشخص الذي تختاره محامياً فعلياً.

إذا تم احتجازك أو ترحيلك، يجب على الشخص الذي تم تعيينه لرعاية طفلك (أطفالك) ملء والتوقيع على الإقرار الخطي (الملحق F).

النموذج التالي مُقدّم باللغة العربية كمرجع يُرجى تعبئة النسخة الإنجليزية منه للاحتفاظ بها.

توكيل رسمي على قاصر من قبل أحد الوالدين أو الوصي
[تفويض الحقوق الأبوية]

إني، _____، من _____، ألسكا، أقر بأنني
والد أو الوصي على الطفل (الأطفال) القاصر المذكور أدناه، وأقوم بتعيين:

_____ (الاسم القانوني للوكيل المفوض)

من

_____ (عنوان الوكيل المفوض)

_____ (رقم الهاتف/البريد الإلكتروني للوكيل المفوض)

بصفتي الوكيل المفوض لكل طفل قاصر مذكور أدناه. إذا كان الوكيل المفوض المذكور أعلاه غير قادر أو غير راغب في الخدمة، فإنني أسمى الشخص التالي وكيلاً مفوضاً بديلاً لكل طفل قاصر مذكور أدناه:

_____ (الاسم القانوني للوكيل المفوض البديل)

من

_____ (عنوان الوكيل المفوض البديل)

_____ (رقم الهاتف/البريد الإلكتروني للوكيل المفوض البديل)

اني افوض الوكيل المفوض بجميع سلطتي وصلاحياتي المتعلقة برعاية وحضانة كل طفل قاصر مذكور أدناه، بما في ذلك حق تسجيل الطفل في المدرسة، وحق معاينة والحصول على نسخ من السجلات التعليمية وغيرها من السجلات المتعلقة بالطفل، وحق حضور الأنشطة المدرسية وغيرها من الفعاليات المتعلقة بالطفل، وحق منح أو حجب أي موافقة أو تنازل فيما يتعلق بالأنشطة المدرسية والعلاج الطبي وعلاج الأسنان، وأي نشاط أو فعالية أو علاج آخر قد يخص الطفل القاصر. لا يشمل هذا التفويض سلطة أو صلاحية الموافقة على زواج أو تبني الطفل القاصر، أو إجراء أو التحريض على اجهاض على أو للطفل القاصر، أو إنهاء الحقوق الابوية تجاه الطفل القاصر.

الاسم (الاسماء) القانونية لطفلي (اطفالي)/ القاصر (القاصرين) تحت وصايتي هو/هي:

1. _____، بتاريخ ميلاد: _____
2. _____، بتاريخ ميلاد: _____
3. _____، بتاريخ ميلاد: _____
4. _____، بتاريخ ميلاد: _____
5. _____، بتاريخ ميلاد: _____

تم تنفيذ هذا التوكيل الرسمي وفقاً لأحكام المادة AS 13.26.066 المتعلقة بتفويض سلطة أحد الوالدين أو الوصي. سيظل هذا التوكيل الرسمي نافذاً وساري المفعول لمدة عام واحد من أول تاريخ لعجزى بسبب احتجازى من قبل وكالة إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك في الولايات المتحدة أو ترحيلي/إبعادي من الولايات المتحدة، ما لم أقم بإلغائه كتابياً قبل ذلك.

الوالد الآخر (الوالدان الآخران) لطفلي (أطفالي) غير متاح بسبب:

- الوفاة
- الاحتجاز
- التواجد خارج البلاد
- عدم امكانية تحديد المكان
- مجهول الهوية
- لا يتشارك الوالد الآخر بحضانة الطفل
- أخرى _____

أحتفظ بالحق في إلغاء هذا التوكيل الرسمي في أي وقت، ويجوز لي إبرام توكيل رسمي جديد باسم الوكيل نفسه أو وكيل آخر عند انتهاء صلاحية هذا المستند. لا تؤثر هذه الوثيقة على حقوق والدي القاصر أو الوصي القانوني عليه فيما يتعلق برعاية القاصر وحضائنه والتحكم فيه، ولا يعني أن مقدم الرعاية يمتلك الحضانة القانونية للقاصر.

لا يلتزم الأطراف الثالثة الذين يعتمدون على هذه الوثيقة بإجراء أي استفسار أو تحقيق إضافي، ولن أحملهم مسؤولية الإجراءات المتخذة اعتماداً على هذه الوثيقة.

وإشهاداً لما تقدم، فقد وضعت توقيعى هنا هذا _____ اليوم من _____ ، 20_____.

توقيع الوالد/الوصي

عنوان الشارع

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

رقم الهاتف/ البريد الإلكتروني

إقرار

(ولاية أسكا
(على وجه التحديد
(الدائرة القضائية الثالثة

هذا يثبت أنه في هذا _____ اليوم من، _____ ، 20، قد مثل الشخص الذي قام بتنفيذ الوثيقة المذكورة أعلاه شخصيًا في _____، ألاسكا، وأقر لي بأنه وقع على ذلك بحرية وطوعية للأغراض المذكورة فيها.

كاتب العدل في لصالح ألاسكا

[ختم]

تنتهي صلاحية تفويضي: _____

بند المترجم الفوري (إن لزم الأمر)

أقر بأنني قد ترجمت أحكام الوثيقة المذكورة أعلاه من اللغة الإنجليزية إلى اللغة _____ بقدر استطاعتي.

اسم المترجم الفوري

توقيع المترجم الفوري

قبول الوكيل المفوض للطفل القاصر

بالنسبة للوكيل المفوض: أوافق على تعييني وكيلاً مفوضاً للطفل/الأطفال القاصر المحددين في هذا التوكيل الرسمي.

(توقيع الوكيل المفوض)

(التاريخ)

(عنوان الشارع، المدينة، الولاية والرمز البريدي)

(الهاتف)

إقرار

ولاية _____
(على وجه التحديد)
الدائرة القضائية _____
أو _____
المقاطعة _____

هذا يثبت أنه في هذا _____ اليوم من، _____ ، 20، قد مثل الشخص الذي قام بتنفيذ قبول الوكيل المفوض للطفل القاصر أعلاه شخصيًا في _____، وأقر لي بأنه وقع على ذلك بحرية وطوعية للأغراض المذكورة فيه.

كاتب العدل في لصالح ألاسكا

[ختم]

تنتهي صلاحية تفويضي: _____

POWER OF ATTORNEY OVER A MINOR BY PARENT OR GUARDIAN
[Delegation of Parental Rights]

I, _____, of _____, Alaska, certify that I am the parent or guardian of the minor child(ren) listed below, and I designate:

_____ (legal name of attorney-in-fact)

of

_____ (address of attorney-in-fact)

_____ (phone number/email of attorney-in-fact)

as the attorney-in-fact of each minor child named below. If the above-named attorney-in-fact is unable or unwilling to serve, I name the following as the alternate attorney-in-fact of each minor child named below:

_____ (legal name of alternate attorney-in-fact)

of

_____ (address of alternate attorney-in-fact)

_____ (phone number/email of attorney-in-fact)

I delegate to the attorney-in-fact all of my power and authority regarding the care and custody of each minor child named below, including the right to enroll the child in school, the right to inspect and obtain copies of education records and other records concerning the child, the right to attend school activities and other functions concerning the child, and the right to give or withhold any consent or waiver with respect to school activities, medical treatment, dental treatment, and other activity, function, or treatment that may concern the minor child. This delegation does not include the power or authority to consent to the marriage or adoption of the minor child, the performance or inducement of an abortion on or for the minor child, or the termination of parental rights to the minor child.

The legal name(s) of my child(ren)/ward(s) is/are:

1. _____, with date of birth: _____
2. _____, with date of birth: _____
3. _____, with date of birth: _____
4. _____, with date of birth: _____
5. _____, with date of birth: _____

This Power of Attorney is executed pursuant to the provisions of AS 13.26.066 relating to delegation of power of a parent or guardian. This Power of Attorney shall remain in force and effect for a period of **one year** from the first date of my incapacitation by detention by U.S. Immigration and Customs Enforcement or deportation/removal from the United States, unless earlier revoked by me in writing.

My child(ren)'s other parent(s) is/are unavailable due to:

- death
- detention
- being located outside the country
- being unable to locate
- identity unknown
- other parent does not share custody of child
- Other _____

I retain the right to revoke this power of attorney at any time and may execute a new power of attorney naming the same or a different attorney-in-fact upon expiration of this document. This instrument does not affect the rights of the minor's parents or legal guardian regarding the care, custody, and control of the minor, and does not mean that the caregiver has legal custody of the minor.

Third parties that rely on this instrument have no obligation to make any further inquiry or investigation and shall not be held liable by me for actions taken in reliance on this instrument.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand this ____ day of _____ 20____.

Parent/Guardian Signature

Street Address

City, State, Zip code

Phone Number/Email

ACKNOWLEDGMENT

STATE OF ALASKA)
) ss.
THIRD JUDICIAL DISTRICT)

This is to certify that on this _____ day of _____, 20____, the person who executed the above instrument appeared before me personally in _____, Alaska, and acknowledged to me that they signed the same freely and voluntarily for the purposes stated in it.

[Seal]

NOTARY PUBLIC IN AND FOR ALASKA

My Commission Expires: _____

INTERPRETER CLAUSE (if needed)

I certify that I have interpreted the provisions of the above instrument from the English language to the _____ language to the best of my ability.

Interpreter Name

Interpreter Signature

ACCEPTANCE BY ATTORNEY-IN-FACT OF MINOR CHILD

For Attorney-in-Fact: I accept my designation as attorney-in-fact for the minor child/children identified in this power of attorney.

(Attorney-in-Fact Signature)

(Date)

(Street address, city, state, and zip code)

(Phone)

ACKNOWLEDGMENT

STATE OF _____)

) ss.

_____ JUDICIAL DISTRICT)

Or)

_____ COUNTY)

This is to certify that on this _____ day of _____, 20____, the person who executed the above ACCEPTANCE BY ATTORNEY-IN-FACT OF MINOR CHILD appeared before me personally in _____, _____, and acknowledged to me
(City) (State)

that they signed the same freely and voluntarily for the purposes stated in it.

[Seal]

NOTARY PUBLIC IN AND FOR _____

My Commission Expires: _____

إذا كنت محتجراً أو مُرحلاً، فيجب على الشخص المُعيّن لرعاية طفلك (أطفالك) في نموذج تفويض الحقوق الأبوية (الملحق E) ملء وتوقيع الإقرار الخطي.

في حال احتجارك أو ترحيلك، يجب أن يكون لدى مُقدمي رعاية طفلك (أطفالك) نسخة موقعة من نموذج تفويض الحقوق الأبوية والإقرار لإثبات حقهم القانوني في اتخاذ القرارات بشأن رعاية ورفاهية طفلك (أطفالك).
النموذج التالي مُقدّم باللغة العربية كمرجع. يُرجى تعبئة النسخة الإنجليزية منه للاحتفاظ بها.

الإقرار الخطي

إني، _____، أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بأن الوقائع التالية صحيحة على حد علمي:

في _____ (التاريخ)، تم إبلاغي بأن _____
(اسم الوالد/الوالدة) أصبح عاجزاً عن رعاية طفله (أطفاله) القاصر بسبب:

- احتجازه من قبل وكالة إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك
- إبعاده أو ترحيله من الولايات المتحدة.

أقرّ بأن ما سبق حقيقي وصحيح على حد علمي، وأن كاتب عدل أو مسؤول آخر مُخَوَّل بحلف اليمين غير متاح لي. AS 09.63.020 .

بتاريخ: _____

توقيع

AFFIDAVIT

I, _____, declare under penalty of perjury that the following facts are true to the best of my knowledge:

On _____ (DATE), I was made aware that _____
(Name of Parent) was made impaired to caring for their minor child(ren) due to:

- being detained by Immigration and Customs Enforcement
- being removed or deported from the United States.

I declare that the foregoing is true and correct to the best of my knowledge and that a notary public or other official empowered to administer oaths is unavailable to me. AS 09.63.020.

Dated: _____

Signed

إذا كنت

إذا كنت ترغب بمنح شخص تثق به صلاحية اتخاذ القرارات نيابة

قانونية" باستخدام هذا النموذج عنك في غيابك، يمكنك منحه
وكالة"

يمكنك قصر هذا على مسائل محددة (على سبيل المثال: بيع
الممتلكات أو الوصول إلى الحسابات المالية) والمدة التي ترغب ان
تستمر فيها هذه الوكالة



[https://alaskalawhelp.org/
resource/power-of-attorney-form](https://alaskalawhelp.org/resource/power-of-attorney-form)

طلب المثل عبر الهاتف

قد تحضر وكالة إنفاذ قوانين الهجرة إلى محكمة الولاية. إذا كان لديك
موعد جلسة استماع في محكمة الولاية، فيجب عليك حضور تلك
الجلسة، ولكن قد تتمكن من المثل عبر الهاتف. يمكنك طلب
المثل عبر الهاتف باستخدام هذا النموذج



[https://public.courts.alaska.gov/
web/forms/docs/tf-710.pdf](https://public.courts.alaska.gov/web/forms/docs/tf-710.pdf)

للحصول على المساعدة مع نماذج الوكالة القانونية أو طلبات المثل عبر الهاتف،
يرجى التواصل مع: info@acluak.org