



# خاندانی حفاظت کی منصوبہ بندی کے لیے رہنمائی

مرتب کردہ: امریکن سول لبرٹیز یونین آف الاسکا، موسم گرما 2025

جب ملک بھر میں تارکین وطن کی گرفتاریاں بڑھ رہی ہیں، تو یہ ضروری ہے کہ آپ اور آپ کے اہل خانہ اپنے قانونی حقوق سے آگاہ ہوں اور کسی ہنگامی صورتِ حال کے لیے ایک حفاظتی منصوبہ تیار رکھیں۔

فیملی سیفٹی پلان ایسی معلومات اور دستاویزات کا مجموعہ ہے جو کسی ہنگامی حالت میں خاندان کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ رہنمای (گائیڈ) آپ کی مدد کرے گا تاکہ اگر آپ کو امیگریشن اینڈ کسٹمز انفورمسنٹ (ICE) کی جانب سے گرفتار یا ملک بدر کیا جائے تو آپ ایک مؤثر فیملی سیفٹی پلان تیار رکھ سکیں۔

## اپنے حقوق جانیے

امریکہ میں موجود ہر شخص، بشمل تمام تارکین وطن، کو آئین کے تحت حقوق حاصل ہیں۔ اپنے حقوق کے بارے میں مزید جانتے اور یہ سیکھنے کے لیے کہ انہیں کیسے استعمال کیا جا سکتا ہے، درج ذیل ویب سائٹ ملاحظہ کریں:

[www.aclu.org/know-your-rights/immigrants-rights](http://www.aclu.org/know-your-rights/immigrants-rights)



اپنے حقوق کی تفصیلات  
تک رسائی حاصل کرنے  
کے لیے اسکین کریں۔



# امیگریشن حکام کی گرفتاری کی صورت میں آپ کو کیا کرنا چاہیے



اگر آپ کو الاسکا میں امیگریشن اہلکاروں نے گرفتار کیا تو آپ کو ممکنہ طور پر الاسکا ڈیپارٹمنٹ آف کریکشنز کی تحویل میں رکھا جائے گا یہاں تک کہ آپ کو ریاست سے باہر آئیں جیل میں بھیجا جائے، جو عام طور پر ٹالکوما، واشنگٹن میں ہوتا ہے۔ جب تک آپ "بانڈ" حاصل کر کے رہا نہیں ہو جاتے، آپ کو گرفتاری کے 48 گھنٹوں کے اندر ممکنہ طور پر ریاست سے باہر بھیج دیا جائے گا۔

آپ کو ایک وکیل سے بات کرنے کا حق حاصل ہے، آپ کو خاموش رہنے کا حق حاصل ہے، اور آپ کو ایک مترجم کا حق حاصل ہے۔ اگر آپ اپنے وطن واپس جانے سے ڈرتے ہیں، تو آپ کو امیگریشن اہلکاروں کو یہ بتانا ضروری ہے۔ جو چیز آپ سمجھ نہیں پاتے، اس پر دستخط نہ کریں!

یہ بہت ضروری ہے کہ آپ کے خاندان اور دوستوں کے پاس وہ معلومات موجود ہوں جو آپ کی مدد کے لیے درکار ہیں اگر آپ کو امیگریشن اہلکاروں نے حراست میں لیا۔ یہ بھی ضروری ہے کہ آپ اہم فون نمبرز یاد رکھیں تاکہ آپ جلدی سے کسی سے رابطہ کر سکیں جو آپ کے فیملی سیفٹی پلان کو عملی جامعہ میں لا سکے۔

# ICE کی حرast میں کسی شخص کو کیسے تلاش کریں

آپ امیگریشن اینڈ کسلٹمز انفورمنٹ (ICE) یا کسلٹمز اینڈ بارڈ پروٹیکشن (CBP) کی حرast میں موجود کسی شخص کو درج ذیل ویب سائٹ کے ذریعے تلاش کر سکتے ہیں : [www.locator.ice.gov](http://www.locator.ice.gov).

ایک شخص کو کم از کم 48 گھنٹے کے لیے حرast میں لینے کے بعد اس ڈیٹا بیس میں تلاش کیا جا سکتا ہے۔ یہ قوانین 18 سال سے زیادہ عمر کے افراد پر لاگو ہوتے ہیں۔

کسی شخص کو تلاش کرنے کے لیے آپ کو یا تو ان کا "A-Number" یا تاریخ پیدائش اور ان کے ملک پیدائش کا علم ہونا ضروری ہے۔

امریکی امیگریشن میں گرفتاری کے بعد کسی عزیز کو تلاش کرنے کے بارے میں مزید تفصیلی معلومات کے لیے، براہ کرم نیشنل امیگریشن لا سینٹر کی رہنمائی [How to Find a Loved One After a U.S. Immigration Arrest](#) دیکھیں۔



locator.ice.gov  
تک رسائی کے  
لیے اسکین کریں



NILC وسائل تک رسائی  
کے لیے اسکین کریں

# آپ کے فیملی سیفٹی پلان میں کیا شامل کرنا چاہیے

آپ کے فیملی سیفٹی پلان میں وہ سب کچھ شامل ہونا چاہیے جو آپ کے خاندان کے کسی فرد کو اگر آئی سی ای (ICE) کے ذریعے گرفتار کیا جائے تو اس پر عمل کرنا ضروری ہو۔ اگرچہ یہ ایک خوفناک خیال ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ آپ ان تمام لاجٹک اور حفاظتی مسائل پر غور کریں جو اچانک آپ کی حرastت میں آئے کی صورت میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ آپ کا پلان درج ذیل چیزوں پر مشتمل ہونا چاہیے:

- آپ کے بچوں کی دیکھ بھال کون کر سکتا ہے؟
- آپ کے پالتو جانور کی دیکھ بھال کون کرے گا؟
- آپ کو کون سی ادویات تک رسائی کی ضرورت ہے؟
- آپ کے قریبی خاندان یا آجر کو آپ کی حرastت کے بارے میں کون اطلاع دے گا؟
- آپ کا وکیل سے رابطہ کون کرے گا یا آپ کو وکیل تلاش کرنے میں مدد فراہم کرے گا؟
- آپ کے بلوں کی ادائیگی کون یقینی بنائے گا؟
- آپ کے پاس کاڑی کو منتقل کرنے یا اہم دستاویزات جمع کرنے کے لیے گھر میں داخل ہونے کے لیے اضافی چابیاں کس کے پاس ہیں؟



تجویز: یہ ضروری ہے کہ آپ کا فیملی سیفٹی پلان ایسی محفوظ جگہ پر رکھا جائے جو آسانی سے دستیاب ہو۔ اپنے فیملی سیفٹی پلان کی کئی کاپیاں بنائیں اور اسے کسی قابل اعتماد خاندان کے فرد یا دوست کے ساتھ شیئر کریں، جیسے کہ آپ کا ایمرجنسی کاٹٹیکٹ۔

# آپ کے فیملی سیفٹی پلان میں کیا شامل کرنا چاہیے، جاری

فیملی سیفٹی پلان میں آپ اور آپ کے خاندان کے افراد کے بارے میں بنیادی معلومات شامل ہونی چاہئیں اور اہم دستاویزات بھی، اگر آپ کے پاس ہوں، درج کی جائیں، جیسے کہ:

- ڈرائیور لائنس/شناختی کارڈ کی کاپیاں
- پاسپورٹ کی کاپیاں
- امیگریشن دستاویزات کی کاپیاں (جس میں A نمبر، ورک پرمٹ، گرین کارڈ، ویزا، زیر التواء درخواستوں کے رسید نوٹس وغیرہ شامل ہیں)
- سوشن سیکیورٹی کارڈ یا ITIN نمبر کی کاپیاں
- شادی کا لائنس
- پیدائش کے سرٹیفیکیٹس
- نسخے، اہم طبی ریکارڈز، ویکسینیشن ریکارڈز
- آپ کے بارے میں اہم معلومات (ضمیمه A دیکھیں)
- آپ کے بچوں کے بارے میں اہم معلومات (ضمیمه B دیکھیں)
- جس شخص کی بنیادی دیکھ بھال آپ کر رہے ہیں اس کے بارے میں اہم معلومات (ضمیمه C دیکھیں)
- آپ کے پالتو جانوروں کے بارے میں اہم معلومات (ضمیمه D)
- والدین کے حقوق کی تفویض کی کاپی (ضمیمه E دیکھیں)
- حلف نامہ (ضمیمه F)
- وہ دستاویزات جو آپ کے امریکہ میں قیام اور وہاں جسمانی طور پر موجودگی کے دورانیے کو ظاہر کرتی ہیں

# (ICE) کی سرگرمی پر رپورٹ

الاسکا کی (ACLU) ریاست بھر میں امیگریشن سے متعلق گرفتاریوں کی نگرانی کر رہی ہے۔ اگر آپ نے اپنی کمیونٹی میں امیگریشن نفاذ کے بارے میں کچھ دیکھا یا سنا ہے، تو براہ کرم اس مختصر سروے کو پُر کریں۔



ICE کی سرگرمی رپورٹ  
کرنے کے لیے اسکین کریں۔



## کیا آپ کو مدد چاہیے؟

اگر آپ کو فیملی سیفٹی پلان کے کسی بھی حصے کو پُر کرنے میں مدد کی ضرورت ہو، تو براہ کرم الاسکا کی ACLU کو [info@acluak.org](mailto:info@acluak.org)

| ذاتی تفصیلات: |  |
|---------------|--|
|               | نام  |
|               | A نمبر (اگر قابل اطلاق ہو)                                       |
|               | تاریخ پیدائش / عمر   |
|               | جنس  |
|               | پتہ  |
|               | آپ کے گھر تک کس کو رسائی حاصل ہے یا اضافی چابی کہاں رکھی گئی ہے؟ |
|               | فون نمبر   |
|               | ای میل   |
|               | شہریت کا ملک   |
|               | ریاستہائے متحده امریکہ میں حیثیت                                 |
|               | پاسپورٹ نمبر، اجرا کرنے والا ملک، اور میعاد ختم ہونے کی تاریخ    |
|               | ڈرائیور لائنس نمبر اور اجرا کرنے والی ریاست                      |
|               | شریک حیات/ساتھی کی معلومات (اگر قابل اطلاق ہو)                   |
|               | نام  |
|               | A نمبر (اگر قابل اطلاق ہو)                                       |
|               | تاریخ پیدائش / عمر   |
|               | جنس  |
|               | پتہ  |
|               | فون نمبر   |
|               | تعلق کی حیثیت  |

|  |  |
|--|--|
|  | آپ دونوں کب سے ساتھ ہیں؟   |
|  | ای میل   |
|  | شہریت کا ملک   |
|  | ریاستہائے متحده میں قانونی حیثیت   |
|  | پاسپورٹ نمبر، اجرا کرنے والا ملک، اور میعاد ختم ہونے کی تاریخ  |
|  | بچے اور قانونی انحصار کرنے والے  |
|  | آپ کے کتنے بچے ہیں (قانونی انحصار کرنے والوں سمیت)؟  |
|  | براء کرم ہر بچے یا زیر کفالت کے لیے ایک ضمیمه B پُر کریں۔  |
|  | اپنے والدین کے بارے میں معلومات  |
|  | ماں/باپ (1) نام  |
|  | پتہ  |
|  | فون نمبر   |
|  | ای میل   |
|  | ماں/باپ (2) نام  |
|  | پتہ  |
|  | فون نمبر   |
|  | ای میل   |
|  | اگر آپ اپنے والدین یا دیگر افراد کے لیے بنیادی دیکھ بھال کرنے والے ہیں، تو براء کرم پہاں اس کی نشاندہی کریں۔ |
|  | طبی معلومات  |
|  | طبی حالات  |

|   |   |
|---|---|
|   | ادویات (خواراک، تعدد، وغیرہ)  |
|   | الرجیز  |
|   | اگر آپ کو حراست میں لیا جائے تو آپ کو فوراً کن دواؤں یا صحت کی خدمات تک رسائی کی ضرورت ہوگی؟                            |
|   | ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر  |
|   | بیلٹھ انشورنس کی معلومات  |
|   | ڈینٹسٹ کا نام، پتہ اور فون نمبر   |
|   | دانتوں کی انشورنس کی معلومات  |
| <b>ملازمت کی تفصیلات</b>                                      |   |
|   | اجر کا نام  |
|   | عہدے کا عنوان   |
|   | سپروائزر کا نام   |
|   | سپروائزر کی رابطے کی معلومات  |
| <input type="checkbox"/> ہاں یا <input type="checkbox"/> نہیں | اگر میں حراست میں لیا جاؤں، تو میں چابتا/چابتی ہوں کہ میری صورت حال کے بارے میں معلومات میرے اجر کے ساتھ شیئر کی جائیں: |
| <b>گاڑی کی معلومات</b>  |   |
|   | گاڑی کی کمپنی / مائل  |
|   | لائنس پلیٹ نمبر   |
|   | گاڑی کی انشورنس کمپنی   |
|   | انشورنس پالیسی نمبر   |
|   | فون نمبر  |
|   | فالتو چابی کا مقام  |

|   |   |
|---|---|
| مالی معلومات  |   |
|   | بینک  |
|   | اکاؤنٹ نمبر   |
| ماہانہ بل (بر بل کے لیے کمپنی، اکاؤنٹ نمبر، اور ادائیگی کا طریقہ فرائیں کریں) |   |
| وکیل کی معلومات   |   |
|   | وکیل/فرم کا نام   |
|   | پتہ   |
|   | فون نمبر  |
| <input type="checkbox"/> باں یا <input type="checkbox"/> نہیں                 | کیا آپ کا کوئی موجودہ کلائنٹ/وکیل کا تعلق ہے؟   |
|   | کیا آپ نے کوئی کیا آپ نے کوئی درخواست دی ہوئی ہے؟ اگر ہاں، درخواست کی قسم اور رسید نمبر بتائیں۔ |
|   | کیا آپ فی الحال ہٹانے کے عمل میں ہیں؟ اگر ہاں، اگلی سمعات کی تاریخ اور وقت کیا ہیں؟             |
| فونصل خانے کی معلومات   |   |
|   | پتہ   |
|   | فون نمبر  |
| امریکہ میں ہنگامی رابطہ (1)   |   |
|   | نام   |
|   | پتہ   |
|   | فون نمبر  |
|   | ای میل  |
|   | آپ سے رشتہ  |

## امریکہ میں ہنگامی رابطہ (2)

|  |            |
|--|------------|
|  | نام        |
|  | پتہ        |
|  | فون نمبر   |
|  | ای میل     |
|  | آپ سے رشتہ |

## آبائی ملک میں ہنگامی رابطہ

|  |                            |
|--|----------------------------|
|  | نام                        |
|  | پتہ                        |
|  | فون نمبر (ملک کے کوڈ سمیت) |
|  | ای میل                     |
|  | آپ سے رشتہ                 |

دیگر اہم معلومات:

اگر مجھے ICE نے حراست میں لیا ہے، تو میں چاہتا ہوں کہ میرا خاندان درج ذیل کام کرے:

| ذاتی تفصیلات:                    |   |
|----------------------------------|---|
|                                  | بچے کا نام  |
|                                  | نمبر (اگر قابل اطلاق ہو) A                                    |
|                                  | تاریخ پیدائش / عمر  |
|                                  | جائز پیدائش   |
|                                  | جنس   |
|                                  | آپ کے پتہ پتہ   |
|                                  | فون نمبر  |
|                                  | ای میل  |
|                                  | شہریت کا ملک  |
|                                  | ریاستہائے متحده امریکہ میں حیثیت                              |
|                                  | پاسپورٹ نمبر، اجرا کرنے والا ملک، اور میعاد ختم ہونے کی تاریخ |
| دوسرے والدین کے بارے میں معلومات |   |
|                                  | دوسرے والدین کا پورا نام                                      |
|                                  | پتہ   |
|                                  | فون نمبر  |
|                                  | ای میل  |
|                                  | شہریت کا ملک  |
|                                  | ا ریاستہائے متحده امریکہ میں حیثیت                            |

|   |  |
|---|--|
| طبی معلومات   |  |
|   | طبی حالات  |
|   | ادوبیات (خوراک، تعداد)                               |
|   | الرجیز   |
|   | ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر                       |
|   | بیلٹھ انشورنس کی معلومات                             |
|   | ڈینٹسٹ کا نام، پتہ اور فون نمبر                      |
|   | دانتوں کی انشورنس کی معلومات                         |
| اسکول کی معلومات  |  |
|   | اسکول کا نام اور پتہ                                 |
|   | اسکول فون نمبر                                       |
|   | ٹیچر کا نام  |
|   | کلاس روم نمبر  |
|   | عد از اسکول پروگرام کا نام                           |
|   | بعد از اسکول پروگرام کے رابطے کی معلومات یا فون نمبر |
|   | دیگر اہم معلومات:                                    |
| میرے بچے کا معمول کا شیڈول [کھانے کے اوقات، کسی بھی معمول کے ڈریپ آف یا پک اپ کے اوقات اور مقامات، سونے کا وقت وغیرہ شامل کرنے پر غور کریں] |  |

# ضمیمه - C اہم معلومات ان افراد کے لیے جن کی بنیادی نگہداشت میں کر رہا/رہی ہوں

|             |   |
|-------------|---|
|             | ذاتی تفصیلات:   |
|             | نام   |
|             | A نمبر (اگر قابل اطلاق ہو)                                    |
|             | تاریخ پیدائش / عمر  |
|             | جائز پیدائش   |
|             | جنس   |
|             | آپ سے رشتہ  |
|             | پتہ   |
|             | فون نمبر  |
|             | ای میل  |
|             | شہریت کا ملک  |
|             | ریاستہائے متحده امریکہ میں حیثیت                              |
|             | پاسپورٹ نمبر، اجرا کرنے والا ملک، اور میعاد ختم ہونے کی تاریخ |
| طبی معلومات |   |
|             | طبی حالات   |
|             | ادویات (خوارک، تعدد)  |
|             | الرجیز  |
|             | ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر                                |
|             | ہیئتہ انشورنس کی معلومات                                      |
|             | ڈینٹسٹ کا نام، پتہ اور فون نمبر                               |
|             | دانتوں کی انشورنس کی معلومات                                  |

دیگر ایم معلومات:

میرے زیر نگہداشت فرد کے معمولات [کھانے کے اوقات، روزمرہ آنسے جانے کے وقت اور جگہ، سونے کا وقت وغیرہ شامل کریں]

|  |   |
|--|---|
|  | پالتو جانور کا نام  |
|  | عمر   |
|  | نسل   |
|  | ظاہری شکل اور نشانات  |
|  | خوراک اور کھانے کا شبیھوں   |
|  | ویٹرنری ڈاکٹر کا نام، پتہ اور فون نمبر  |
|  | صحت کا بیمہ کی معلومات  |
|  | طبی حالتیں / ادویات   |
|  | الرجیز  |
|  | وہ شخص جس سے میں اپنی غیر موجودگی میں اپنے پالتو جانور کی دیکھ بھال کرنا چاہوں، اس کا نام اور رابطہ معلومات |
|  | دیگر اہم معلومات:   |

اگر آپ اپنے بچے/بچوں کے واحد قانونی سرپرست ہیں، اور آپ کو حراست یا ملک بدر کیا جائے تو کون ان کی دیکھ بھال کرے گا، تو آپ کو اس شخص کو اپنے بچے/بچوں کے لیے "پاور آف اٹارنی" (اختیارات دینے کا وکیل نامہ) دینا چاہیے۔ والدین کے حقوق کی تفویض فارم آپ کے منتخب کردہ شخص (جسے "اٹارنی ان فیکٹ" بھی کہا جاتا ہے) کو قانونی اختیار دیتا ہے کہ وہ صرف اس صورت میں آپ کے بچے/بچوں کی دیکھ بھال کے بارے میں فیصلے کر سکے جب آپ حراست یا ملک بدر ہوں، اور یہ اختیار صرف ایک سال کے لیے ہے۔

آپ کے منتخب کردہ شخص کو واقعی وکیل ہونا ضروری نہیں ہے۔

گے کہ حسدا یا ملک بکیا جائے، تے شخچ کے بچے/بچکی یکھ بھا۔ کے لیے مذکیا گیا ہے، سے حلے نامہ (ضمیمه F) مکد ستخ کنا چاہیے۔

حوالہ کے طور پر اردو میں درج ذیل فارم فراہم کیا گیا ہے۔ آپ کو اپنے ریکارڈ کے لیے فارم کا انگریزی ورژن مکمل کرنا چاہیے۔

## نابالغ کے لیے والد یا سرپرست کی جانب سے وکیل نامہ [والدین کے حقوق کی تفویض]

میں، \_\_\_\_\_، جو کہ \_\_\_\_\_، الاسکا کا ربانی ہوں، تصدیق کرتا ہوں کہ میں نیچے درج نابالغ بچے/بچوں کا والدین یا سرپرست ہوں، اور میں درج ذیل شخص کو متعین کرتا ہوں:

(اٹارنی ان فیکٹ کا قانونی نام)

کا

(اٹارنی ان فیکٹ کا پتہ)

(اٹارنی ان فیکٹ کا فون نمبر/ای میل)

"بر نابالغ بچے کے لیے نیچے درج اٹارنی ان فیکٹ کے طور پر۔ اگر اوپر نامزد اٹارنی ان فیکٹ کام کرنے سے قاصر یا انکار کرے، تو میں نیچے درج شخص کو ہر نابالغ بچے کے لیے متبادل اٹارنی ان فیکٹ کے طور پر نامزد کرنا/کرتی ہوں۔

(متبادل اٹارنی ان فیکٹ کا قانونی نام)

کا

(متبادل اٹارنی ان فیکٹ کا پتہ)

(متبادل اٹارنی ان فیکٹ کا فون نمبر/ای میل)

میں اپنے اٹارنی ان فیکٹ کو ہر نابالغ بچے کی دیکھ بھال اور تحولی کے بارے میں اپنے تمام اختیارات اور اختیار تفویض کرتا ہوں، جن میں بچے کو اسکول میں داخل کرنے کا حق، تعلیم کے ریکارڈز اور دوسرا ریکارڈز کو چیک اور نقل حاصل کرنے کا حق، اسکول کی سرگرمیوں اور دیگر فنکشنز میں شرکت کرنے کا حق، اور اسکول کی سرگرمیوں، طبی علاج، دندان سازی کے علاج اور دیگر سرگرمیوں یا علاج پر رضامندی دینے یا انکار کرنے کا حق شامل ہے۔ یہ تفویض نابالغ بچے کی شادی یا گود لینے کی رضامندی دینے، نابالغ بچے پر اسقاط حمل کرانے یا اس کی ترغیب دینے، یا نابالغ بچے سے والدین کے حقوق ختم کرنے کے اختیار کو شامل نہیں ہے۔

میرے بچے/سرپرست کا قانونی نام/نام بیں:

|                      |    |
|----------------------|----|
| _____، تاریخ پیدائش: | .1 |
| _____، تاریخ پیدائش: | .2 |
| _____، تاریخ پیدائش: | .3 |
| _____، تاریخ پیدائش: | .4 |
| _____، تاریخ پیدائش: | .5 |

بے وکیل نامہ AS 13.26.066 کی شقوں کے تحت والد یا سرپرست کے اختیارات کی تفویض سے متعلق نافذ کیا گیا ہے۔ یہ وکیل نامہ اس تاریخ سے ایک سال تک مؤثر رہے گا جب تک کہ میں خود اسے تحریری طور پر پہلے منسون نہ کروں، یا جب تک مجھے امریکی امیکریشن اور کشمئز انفورمنٹ کی حراست یا امریکہ سر ملک بدر/ نکالنے کے ذریعے بر بس نہ کیا جائے۔

میرے بچے/بچوں کے دوسرا والدین دستیاب نہیں ہیں کیونکہ:

- موت
- حراست
- ملک سے باہر موجود
- تلاش نہ ہو سکنا
- شناخت نامعلوم
- دوسرا والدین بچوں کی تحويل میں شریک نہیں
- دیگر

میں اس وکیل نامہ کو کسی بھی وقت منسون کرنے کا حق رکھتا/رکھتی ہوں اور اس دستاویز کی میعاد ختم ہونے پر ایک نیا وکیل نامہ بنا سکتا/سکتی ہوں جس میں وبی یا کوئی مختلف اثارنی ان فیکٹ شامل ہو۔ یہ دستاویز نابالغ کے والدین یا قانونی سرپرست کے حقوق پر اثر انداز نہیں ہوتی، اور یہ اس بات کا مطلب نہیں کہ دیکھ بھال کرنے والے کے پاس نابالغ کی قانونی تحويل ہے۔

تیسرے فریق جو اس دستاویز پر انحصار کرتے ہیں، ان پر مزید نقیش یا تحقیق کرنے کی کوئی نہم داری نہیں، اور مجھے ان اقدامات کے لیے نہم دار نہیں ٹھہرایا جائے گا جو اس دستاویز پر انحصار کرتے ہوئے کیے جائیں۔

شہادت کے طور پر، میں نے اس پر دستخط کیے ہیں، اس دن: 20 \_\_\_\_\_ -

والدین/سرپرست کے دستخط

گلی کا پتہ

شہر، ریاست، زپ کوڈ

فون نمبر/ای میل

### اعتراف

|        |                    |
|--------|--------------------|
| ss ( ) | ریاست الاسکا       |
| ( )    | تھرڈ ہوڈیشل ڈسٹرکٹ |

بہ اس بات کی تصدیق کے لیے بے کہ اس \_\_\_\_\_ تاریخ، \_\_\_\_\_ 20 کو، جس شخص نے اوپر درج دستاویز پر دستخط کیے، وہ ذاتی طور پر میرے سامنے الاسکا میں پیش ہوا/بؤئی، اور اس نے تسلیم کیا کہ اس نے یہ دستخط اپنی آزاد مرضی سے اور مذکورہ مقاصد کے لیے کیے۔

### الاسکا کے لیے نوٹری پبلک

[مہر]

میری کمیشن کی معیاد ختم ہونے کی تاریخ:

### مترجم کی شق (اگر ضرورت ہو)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اوپر دی گئی دستاویز کی دفعات کو انگریزی زبان سے \_\_\_\_\_ زبان میں اپنی بہترین صلاحیت کے مطابق ترجمہ کیا ہے۔

### نابالغ بچے کے لیے اثارنی ان فیکٹ کی منظوری

مترجم کا نام

اثارنی ان فیکٹ کے لیے: میں اس وکیل نامہ میں درج نابالغ بچے/بچوں کے لیے بطور اثارنی ان فیکٹ اپنی نامزدگی قبول کرتا/کرتی ہوں۔

(تاریخ)

(اثارنی ان فیکٹ کے دستخط)

(فون نمبر)

(گلی کا پتہ، شہر، ریاست، اور زپ کوڈ)

### اعتراف

|            |         |
|------------|---------|
| ریاست      | (_____) |
| ss.        | (_____) |
| عدالتی ضلع | (_____) |
| یا) کاؤنٹی | (_____) |

بہ تصدیق کرنے کے لیے بے کہ اس \_\_\_\_\_ تاریخ، \_\_\_\_\_ 20 کو، جس شخص نے "نابالغ بچے کے لیے اثارنی ان فیکٹ کی منظوری" پر دستخط کیے، وہ ذاتی طور پر میرے سامنے \_\_\_\_\_ (شہر، ریاست) میں پیش ہوا/بؤئی، اور اس نے اعتراف کیا کہ اس نے یہ دستخط اپنی آزاد مرضی سے اور مذکورہ مقاصد کے لیے کیے۔

### نوٹری پبلک میں اور اس کے لیے

[مہر]

میرے کمیشن کی معیاد ختم:

**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:

of \_\_\_\_\_  
(legal name of attorney-in-fact)

\_\_\_\_\_  
(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:

of \_\_\_\_\_  
(legal name of alternate attorney-in-fact)

\_\_\_\_\_  
(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.

## **NOTARY PUBLIC IN AND FOR ALASKA**

[Seal]

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:

گے کہ حس میں لیا جائے یا ملک بکیا جائے، تو شخچ کے بچے/بچکے یکہ بھا۔ کے لیے لیکے حق کی تفیفا ضمیمه E (می مقدمہ کیا گیا ہے، سے حلے نامہ مکم ستخ کنا چاہیے۔

گیسا قعہ پیئے کہ کہ حس یا ملک بکیا جائے، تو کے بچے/بچکے یکہ بھا۔ کنے لکے پا ستخ شدیکے حق کی تفیفا حلے نامہ کی یک کاپی ہنی چاہیے تاکہ پنے قانونی حق کفاؤ کسکپ کے بچے/بچکے یکہ بھا۔ فلا بہکے با می فیصلے کنے کے ہے۔

حوالہ کے طور پر اردو میں درج ذیل فارم فراہم کیا گیا ہے۔ آپ کو اپنے ریکارڈ کے لیے فارم کا انگریزی ورژن مکمل کرنا چاہیے۔

## حلف نامہ

میں، \_\_\_\_\_، حلفیہ یہ اعلان کرتا ہوں کہ درج ذیل حقائق میری بہترین معلومات کے مطابق سچ ہیں:

\_\_\_\_\_ (تاریخ) کو، مجھے آگاہ کیا گیا کہ  
والدین کا نام) اپنے نابالغ بچے/بچوں  
کی دیکھ بھال کرنے میں قاصر ہیں کیونکہ:

- امریکی امیگریشن اور کسٹمز انفورمسمنٹ کی حراست میں لینا
- امریکہ سے ملک بدر یا اخراج ہونا

میں اعلان کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میری بہترین معلومات کے مطابق درست اور صحیح ہیں اور کہ نوٹری پبلک یا کوئی دوسرا افسر جو حلف اٹھانے کا اختیار رکھتا ہو، میری دسترس میں نہیں ہے۔ AS 09.63.020 -

تاریخ:

دستخط

## **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