

## نموذج طلب



وزارة الداخلية

الإدارة العامة لشؤون الهجرة

إدارة هجرة محافظة:

صورة

٦٠٤

- إلغاء كفالة     نقل كفالة     إقامة أول مرة  
 إضافة مرافق     تعديل بيانات     تجديد إقامة  
 حذف مرافق     نقل الإقامة لجواز السفر

- إقامة مؤقتة     عمل بالحكومة     عمل بالقطاع الأهلي     إلتحاق بعائل  
 مزاولة نشاط حر     العمل كخادم     للدراسة     مصدر إنفاق

رقم الإقامة										نوع الإقامة									
الإسم الكامل																			
FULL NAME																			
الجنسية					الجنس					محل الميلاد					تاريخ الميلاد				
الديانة					الحالة الإجتماعية					الحالة التعليمية					المهنة				
فصيلة الدم					رقم جواز السفر					نوع الجواز					جنسية الجواز				
مكان الأصدار					تاريخ الإصدار					تاريخ الأنتهاء									
الرقم المدني										عدد المرافقين									
عنوان السكن					محافظة					منطقة					رقم القطعة				
شارع					جادة					نوع المبنى									
رقم المبنى / اسم المبنى					رقم القسيمة					الدور					الشقة				
بيانات إضافية					صندوق بريد					الرمز البريدي					هاتف				

..... توقيع طالب الإقامة:

## إقرار وتعهد الكفيل وبياناته

الأسم الكامل																			
FULL NAME																			
الجنسية					رقم الجنسية / الإقامة														
إسم الشركة / الجهة الحكومية					مرجع الداخلية														
عنوان الكفيل					محافظة					منطقة									
شارع					جادة					نوع المبنى									
رقم المبنى / اسم المبنى					رقم القسيمة					الدور					الشقة				
بيانات إضافية					صندوق بريد					الرمز البريدي					هاتف				

أقر أنا الموقع أدناه بأن البيانات المدرجة بهذا الطلب صحيحة وأتعهد بأن يعمل لدى / أنفق عليه/ طوال مدة اقامته وأن اخطر الإدارة العامة لشؤون الهجرة عن محل إقامة أو أي تغيير يطرأ عليه وأن أعيدته الى بلده الأصلي علي نفقتي عند إنتهاء الإقامة وذلك طبقا لقانون الأجانب و القرارات الوزارية المنفذة له.

توقيع الكفيل

التاريخ:

.....

## تنازل من الكفيل السابق

(تعباً في حالة نقل الإقامة لجواز جديد)

إسم الكفيل السابق

التوقيع

التاريخ:

(تعباً في حالة إلغاء الإقامة)

## بيانات إلغاء الإقامة

سبب الإلغاء

DEPENDENTS

المرفقون:

م	الإسم الكامل	الجنس	الجنسية	تاريخ الميلاد	الديانة	صلة القرابة
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						

## للإستعمال الرسمي

مدة الإقامة	من	إلى	رقم المادة
رقم شهادة حسن السلوك	تاريخها	رقم الشهادة الطبية	تاريخها
رقم الإقرار أو كتاب الوزارة	تاريخه	نوع التصريح	
عدد المستندات	القيد بقوائم الممنوعين		عدد الكفالات
	المقيم	الكفيل	
رقم الإقامة المفصول منها	تاريخ نهاية الجواز		

رئيس القسم

الموظف المختص

التاريخ: