



FAMILY INFORMATION

نوع ویزای درخواستی: توریستی کار دانشجویی غیره

فرم ۱

بخش: A

| اشخاصی که شما را در این سفر همراهی می کنند | آدرس کنونی | وضعیت تاهل | تاریخ تولد میلادی | نسبت | نام و نام خانوادگی |
|---|------------|------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| | شغل کنونی | | کشور و شهر محل تولد | | |
| <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | روز: ماه: سال: | فرد متقاضی | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | همسر یا شریک قانونی | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | مادر | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | پدر | |
| | | | | | |
| تاریخ میلادی ثبت: روز: ماه: سال: | | | | | |



| اشخاصی که شما را در این سفر همراه می کنند بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | آدرس کنونی | وضعیت تاهل | تاریخ تولد میلادی | نسبت پسر یا دختر | نام و نام خانوادگی |
|--|------------|------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| | شغل کنونی | | کشور و شهر محل تولد | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |



شامل خواهران و برادران (همه ی برادران و خواهران ، تنی و غیر تنی)

| اشخاصی که شمارا در این سفر همراه می کنند بله خیر | آدرس کنونی | وضعیت تاهل | تاریخ تولد میلادی | نسبت برادر یا خواهر | نام و نام خانوادگی |
|--|------------|------------|--------------------------|------------------------------|--------------------|
| | شغل کنونی | | کشور و شهر محل تولد | | |
| | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | روز: ماه: سال: | | |
| | | | | | |



فرم ۱

آدرس فرد متقاضی به صورت کامل:

آدرس همسر متقاضی به صورت کامل:

آدرس پدر متقاضی به صورت کامل:

آدرس مادر متقاضی به صورت کامل:

آدرس خواهران با ذکر نام آن ها به صورت کامل:

آدرس برادران با ذکر نام آن ها به صورت کامل:


آدرس فرزندان به صورت کامل:



APPLICATION FOR VISITOR VISA (TEMPORARY RESIDENT VISA)

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| نوع سرویس انتخابی: انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسوی <input type="checkbox"/> | | نوع ویزای درخواستی: <input type="checkbox"/> توریستی: <input type="checkbox"/> ترانزیت: <input type="checkbox"/> | |
| ۱- اطلاعات فردی | | | |
| نام خانوادگی: | | نام: | |
| ۲- آیا تا به حال نام خود را تغییر داده اید: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | |
| نام خانوادگی قبلی: | | نام قبلی: | |
| ۳- جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> | ۴- تاریخ تولد به میلادی: روز: ماه: سال: | ۵- شهر محل تولد: | کشور محل تولد: |
| ۶- شهر وند: | | | |

| | | | |
|--|-------------|----------------|----------------|
| ۷- کشور محل اقامت: (در حال حاضر) | | | |
| کشور | وضعیت اقامت | از تاریخ | تا تاریخ |
| | | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |
| ۸- آیا در کشور دیگری اقامت داشته اید: <input type="checkbox"/> بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | | | |
| اگر در کشوری به غیر از کشور خود در طی پنج سال گذشته اقامت داشته اید که مدت زمان اقامت آن بیشتر از ۶ ماه بوده نام ببرید | | | |
| کشور | وضعیت اقامت | از تاریخ | تا تاریخ |
| | | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |
| | | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |
| ۹- کشوری که از آن اقدام به درخواست ویزا میکنید آیا با کشور محل اقامتان یکی است؟ <input type="checkbox"/> بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | | | |
| در صورت جواب خیر محل اقامت و مدت آن را بنویسید | | | |
| کشور | وضعیت اقامت | از تاریخ | از تاریخ |
| | | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |

| | | | |
|---|----------------|---|-----------------|
|  | | ۱۰- وضعیت تاهل فعلی: | |
| در صورت ازدواج تاریخ آن را وارد نمایید: روز: ماه: سال: | | مشخصات همسر یا شریک قانونی در صورت وجود: | |
| نام خانوادگی: | | نام: | |
| ۱۱- آیا قبلا ازدواج کرده اید؟ | | بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | |
| نام خانوادگی در صورت وجود: | | نام در صورت وجود: | |
| تاریخ تولد همسر: | | نوع رابطه: | |
| روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: | تاریخ از تاریخ: | تاریخ تا تاریخ: |
| روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: | تاریخ طلاق یا فوت: | روز: ماه: سال: |

LANGUAGE(S)

زبان:

| | | |
|---|--|--|
| ۱- زبان مادری: | اگر زبان مادری شما غیر از انگلیسی و فرانسه است کدام را بیشتر استفاده میکنید: | آیا می توانید با زبان انگلیسی و فرانسه ارتباط برقرار کنید؟ |
| آیا تا به حال آزمون زبان انگلیسی و فرانسه در سطح بین المللی داده اید؟ | بلی: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | |

گذرنامه:

PASSPORT

| | | | |
|-------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|
| ۱- شماره پاسپورت: | ۲- کشور صادر کننده: | ۳- تاریخ صدور گذرنامه: | ۴- تاریخ انقضاء گذرنامه: |
| روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |

اطلاعات تماسی:

| | | | |
|------------------|-------|---------|--|
| ۱- اطلاعات پستی: | | | |
| واحد: | پلاک: | خیابان: | |
| شهر: | کشور: | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---------------|--|
| بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | | آیا آدرس کنونی شما با آدرس پستی‌تان یکیست؟ | | ۲- آدرس کنونی | |
| خیابان: | | پلاک: | | واحد: | |
| | | کشور: | | شهر: | |
| ۴- تلفن: | | ۳- تلفن: | | شماره همراه: | |
| شماره ثابت: | | | | | |
| ۶- آدرس ایمیل: | | | | ۵- شماره فکس: | |

DETAILS OF VISIT TO CANADA

جزئیات سفر به کانادا:

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ۱- هدف از سفر شما به کانادا: | | |
| ۳- میزان پول همراهی: | تا تاریخ: روز: ماه: سال: | از تاریخ: روز: ماه: سال: |
| ۲- مدت زمان اقامت شما در کانادا: | | |
| ۴- نام و آدرس فرد مورد ملاقات شما در کانادا: | | |
| نفر اول: نام: | | |
| نسبت: | | آدرس کانادا: |
| نفر دوم: نام: | | |
| نسبت: | | آدرس کانادا: |

EDUCATION

تحصیلات:

| | | | |
|---|----------------|---------------------------------|--|
| بله: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/> | | آیا دارای تحصیلات تکمیلی هستید؟ | |
| نام دانشگاه: | رشته تحصیلی: | از تاریخ: روز: ماه: سال: | |
| کشور: | شهر محل تحصیل: | تا تاریخ: روز: ماه: سال: | |



وضعیت شغلی خود را در ۱۰ سال گذشته توضیح دهید: اگر بازنشسته اید در مورد ده سال قبل از بازنشستگی خود را بنویسید

| | | | |
|-----------------------------|----------|-------------|---|
| از تاریخ: روز: ماه: سال: | نوع سمت: | نام کمپانی: | ۱ |
| تا تاریخ: روز: ماه: سال: | شهر: | کشور: | |
| از تاریخ: روز: ماه: سال: | نوع سمت: | نام کمپانی: | ۲ |
| تا تاریخ: روز: ماه: سال: | شهر: | کشور: | |
| از تاریخ: روز: ماه: سال: | نوع سمت: | نام کمپانی: | ۳ |
| تا تاریخ: روز: ماه: سال: | شهر: | کشور: | |

پیشینه اطلاعاتی

۱- در طی دو سال اخیر شما یا از نزدیکان شما مشکلات ریوی ناشی از بیماری سل دیده شده؟

 خیر

 بله

آیا مشکلات عقب ماندگی ذهنی و معلولیت جسمی که نیاز به خدمات پزشکی داشته باشد دارید؟

 خیر

 بله

در صورت مثبت بودن هر کدام از دو جواب بالا اطلاعات کامل پزشکی قید شود

۲- آیا تا به حال به صورت غیر قانونی برای شرکت، موسسه و یا مرکز آموزشی کار کرده اید؟
بله خیر

آیا تا به حال درخواست ویزای شما از کانادا یا هر کشور دیگری رد شده است؟
بله خیر

آیا تا به حال در خواست صدور و یا تمدید ویزای کانادا را داده اید؟
بله خیر

آیا تا به حال به صورت غیر قانونی وارد خاک کشور کانادا و دیگر کشور ها شده اید؟
بله خیر

۳- آیا تا به حال مرتکب جرم، دستگیری و یا زندان در هر کشوری شده اید
بله خیر

در صورت مثبت بودن سوال بالا با جزییات توضیح دهید

۴- آیا سابقه حضور در ارتش و نیروهای دفاعی، حفاظت اطلاعات، پلیس و سازمان های نظامی به صورت داوطلبانه و رسمی داشته اید (حتی سربازی)
بله خیر از تاریخ: روز: ماه: سال:
تا تاریخ: روز: ماه: سال: درجه:

۵- آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی بوده اید؟
بله خیر

۶- آیا تا به حال کمک های خیریه به زندانیان و مکان های فرهنگی داشته اید؟
بله خیر

SCHEDULE 1

APPLICATION FOR TEMPORARY RESIDENT VISA

INDICATE WHETHER YOU ARE the principal applicant the spouse, common-law partner or dependent child aged 18 years or older of the principal applicant

۱- نام خانوادگی: نام:

۲- تاریخ تولد: روز: ماه: سال:

۴- وضعیت نظام وظیفه:
آیا تا به حال جز نیرو های مسلح بوده اید؟ اعم از خدمت سربازی، نیروهای مسلح، نیروهای امنیتی؟ بله خیر

| کشور | استان | محل خدمتی | تا تاریخ | از تاریخ |
|------|-------|-----------|----------------|----------------|
| | | | روز: ماه: سال: | روز: ماه: سال: |

| | | | | | |
|---|-------|------------|------------|----------|------|
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| ۵- آیا تا به حال کمک های خیریه به زندانیان و مکان های فرهنگی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | | | |
| کشور | استان | محل خدمتی | تا تاریخ | روز: | ماه: |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| جزئیات: | | | | | |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| جزئیات: | | | | | |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| جزئیات: | | | | | |
| ۶- عضویت در سازمان های اجتماعی | | | | | |
| آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | | | |
| کشور | استان | نوع فعالیت | نام سازمان | تا تاریخ | روز: |
| | | | | روز: | ماه: |
| | | | | روز: | ماه: |
| | | | | روز: | ماه: |

| | | | | | |
|--|------------|-----------|----------|----------|------|
| ۷- سمت حکومتی | | | | | |
| آیا تا به حال شغل دولتی اعم از قاضی، پلیس، شهردار، نماینده مجلس، کارمند دولت و یا ریاست بیمارستان های دولتی را داشته اید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | | | |
| نوع فعالیت | نام سازمان | درجه شغلی | کشور | تا تاریخ | روز: |
| | | | | روز: | ماه: |
| | | | | روز: | ماه: |
| | | | | روز: | ماه: |
| ۸- سفر های قبلی | | | | | |
| از زمانی که به سن ۱۸ سال رسیده اید، کلیه سفر های پنج سال گذشته را نام ببرید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | | | | | |
| هدف از سفر | محل اقامت | کشور | تا تاریخ | روز: | ماه: |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| | | | روز: | ماه: | سال: |
| | | | روز: | ماه: | سال: |