

۱۰- وضعیت تأهل 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 قبلاً ازدواج کرده اید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نام خانوادگی در صورت وجود:		نام در صورت وجود:	
تاریخ طلاق یا فوت: روز: ماه: سال:			
تاریخ تولد همسر:	نوع رابطه:	از تاریخ:	تا تاریخ:
روز: ماه: سال:		روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:

LANGUAGE(S)

زبان:

زبان مادری:	اگر زبان مادری شما غیر از انگلیسی و فرانسه است کدام را بیشتر استفاده می کنید:	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؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

PASSPORT

گذرنامه:

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

NATIONAL IDENTITY DOCUMENT

اطلاعات کارت ملی:

آیا شما کارت ملی دارید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شماره کد ملی:	کشور صادر کننده:	
تاریخ صدور:	تاریخ انقضا:	

US PR CARD

گرین کارت آمریکا:

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		آیا شما گرین کارت آمریکا را دارید؟
تاریخ انقضا:	شماره کارت:	

CONTACT INFORMATION

اطلاعات تماسی:

واحد:	پلاک:	خیابان:
شهر:	کشور:	کد پستی:
۲-آدرس کنونی، آیا آدرس کنونی شما با آدرس پستیتان یکی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
واحد:	پلاک:	خیابان:
شهر:	کشور:	کد پستی:
۳-شماره ثابت:		۴-شماره همراه:
۵-آدرس ایمیل:		

DETAILS OF VISIT TO CANADA

جزئیات سفر به کانادا:

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

EDUCATION**تحصیلات:**

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			۱- آیا دارای تحصیلات تکمیلی هستید؟		
نام دانشگاه:		رشته تحصیلی:		از تاریخ روز: ماه: سال:	
کشور:		شهر محل تحصیل:		تا تاریخ روز: ماه: سال:	

EMPLOYMENT**کار و استخدام:**

وضعیت شغلی خود را در ۱۰ سال گذشته توضیح دهید: اگر بازنشسته اید در مورد ۱۰ سال قبل از بازنشستگی خود را بنویسید:					
نام کمپانی:		نوع سمت:		از تاریخ روز: ماه: سال:	
کشور:		شهر:		تا تاریخ روز: ماه: سال:	
نام کمپانی:		نوع سمت:		از تاریخ روز: ماه: سال:	
کشور:		شهر:		تا تاریخ روز: ماه: سال:	
نام کمپانی:		نوع سمت:		از تاریخ روز: ماه: سال:	
کشور:		شهر:		تا تاریخ روز: ماه: سال:	

پیشینه اطلاعاتی:

BACKGROUND INFORMATION

<p>۱- در طی دو سال اخیر شما یا نزدیکان شما مشکلات ریوی ناشی از بیماری سل دیده شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا مشکلات عقب ماندگی ذهنی و معلولیت جسمی که نیاز به خدمات پزشکی داشته باشد دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت مثبت بودن هر کدام از دو جواب بالا اطلاعات کامل پزشکی قید شود.</p>	
<p>۲- آیا تا به حال به صورت غیر قانونی برای شرکت، مؤسسه و یا مرکز آموزشی کار کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا تا به حال درخواست ویزای شما از کانادا یا هر کشور دیگری رد شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا تا به حال درخواست صدور و یا تمدید ویزای کانادا را داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا تا به حال به صورت غیر قانونی وارد خاک کشور کانادا و دیگر کشورها شده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>۳- آیا تا به حال مرتکب جرم، دستگیری و یا زندان در کشوری شده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت مثبت بودن سؤال بالا با جزئیات توضیح دهید:</p>	
<p>۴- آیا سابقه حضور در ارتش و نیروهای دفاعی، حفاظت اطلاعاتی، پلیس و سازمان های نظامی به صورت داوطلبانه و رسمی داشته اید؟ (حتی سربازی) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>از تاریخ: روز: ماه: سال:</p>	<p>تا تاریخ: روز: ماه: سال:</p>
<p>کشور محل خدمت:</p>	<p>شهر محل خدمت:</p>
<p>۵- آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>۶- آیا تا به حال کمک های خیریه به زندانیان و مکان های فرهنگی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	

SCHEDULE 1

APPLICATION FOR TEMPORARY RESIDENT VISA

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

نام خانوادگی:		نام:		
۲-تاریخ تولد: روز: ماه: سال:		۳-وضعیت نظام وظیفه:		
۴-آیا تا به حال جزء نیروهای مسلح بوده اید؟ اعم از خدمت سربازی، نیروی امنیتی؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله				
از تاریخ	تا تاریخ	محل خدمت	استان	کشور
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
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؟
 خیر بله

۶-عضویت در سازمان های اجتماعی:

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

از تاریخ	تا تاریخ	نام سازمان	نوع فعالیت	استان	کشور
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				

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؟

بله خیر

از تاریخ	تا تاریخ	کشور	درجه شغلی	نام سازمان	نوع فعالیت
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:				

۸- سفرهای قبلی

از زمانی که به سن ۱۸ سال رسیده اید، کلیه سفرهای ۵ سال گذشته را نام ببرید:

از تاریخ	تا تاریخ	کشور	محل اقامت	هدف از سفر
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:			

بخش A :

نوع ویزای درخواستی: توریستی کار دانشجویی غیره

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

بخش B :

فرزندان : (شامل پسران ، دختران ، فرزندان تحت تکفل)

اشخاصی که شما را در این سفر همراهی 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		
			روز: ماه: سال:		
			روز: ماه: سال:		
			روز: ماه: سال:		
			روز: ماه: سال:		

بخش C :

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

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