



CAIR
CALIFORNIA

دليل الأسرة الموجه للاستعداد

للعائلات في كاليفورنيا في مواجهة خطر الترحيل الجماعي



من إعداد: كير كاليفورنيا - فرع وادي
ساكرامنتو / وسط كاليفورنيا
تم تنقيحه في فبراير 2026

دليل الأسرة الموجز للاستعداد

احم عائلتك واستعد بثقة

تعيش العائلات المهاجرة التي لا تملك وثائق رسمية وتلك ذات الوضع القانوني المختلط في خوف دائم من الفصل القسري بسبب حملات المداخلة الجماعية التي تستهدف المهاجرين في جميع أنحاء الولايات المتحدة. ولقد تزايد هذا الخوف مع اتساع هذه الأحداث بالعنف وتصاعد حدتها. ونسعى إلى مساعدة مجتمعنا في تبديد هذا الخوف من خلال توفير المعلومات والموارد، ووضع خطة عمل عامة للعائلات في حال اعتقال أحد أفرادها.

قمنا بإعداد هذا الدليل كنسخة مختصرة وبمبسطة من دليلنا الكامل "للاستعداد العائلي" بهدف تسهيل طباعته، وتعبئته ومشاركته مع جهات الاتصال الخاصة بك في حالات الطوارئ.

لمزيد من المعلومات حول طريقة إعداد خطة محكمة للاستعداد العائلي، حملوا الدليل الكامل للاستعداد العائلي عبر الرابط التالي:

<https://ca.cair.com/publications/family-preparedness-workbook-2026/>



تنويه مهم

تم إعداد هذا الدليل الموجز ليكون مكملًا للاستشارة القانونية وليس بديلًا عنها، ولا يترتب عليه أي علاقة بين محام وموكل. للحصول على استشارة قانونية فردية، يرجى التواصل مع محام مؤهل ومختص. يحتوي دليلنا الكامل على لائحة منظمات في كاليفورنيا تقدم خدمات مجانية متنوعة، بما فيها استشارات قانونية مجانية. ويمكنكم أيضًا الاتصال بنقابة المحامين المحلية للحصول على إحالات قانونية أخرى.

بعد الاستشارة، يرجى تعبئة المعلومات التالية

حصلت على استشارة الهجرة مع : _____

ناقشنا أثناء الاستشارة ما يلي: _____

☐ وقعت ☐ لم أوقع على عقد تمثيل قانوني

☐ في حال وقعت، لقد أرفقت نسخة من العقد مع وثائقي المهمة

في حال تم اعتقالي، يرجى الاتصال بـ _____

☐ لقد تم إطلاعي على خيارات الهجرة المتاحة لي حالياً، وهي كالتالي:

☐ في حال اعتقالي، أود متابعة خيارات الهجرة المتاحة لي ومحاولة البقاء في الولايات المتحدة

أو

☐ في حال اعتقالي، لا أرغب في متابعة خيارات الهجرة المتاحة لي وأريد أن يتم إطلاق سراحي وترجلي إلى: _____

في حال تم اعتقاله وأردت الدفاع عن قضية الهجرة الخاصة بي، يرجى اتباع الخطوات التالية:

1. استخدم _____ وبلد ميلادي _____
أو اسمي الكامل: _____ وتاريخ الميلاد: _____
لتحديد مكاني على موقع البحث عن المحتجزين التابع لإدارة إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك ICE (<https://locator.ice.gov/odls/#/search>)

2. في حال عدم العثور علي، يرجى الاتصال بالمركز الوطني لعدالة المهاجرين
عبر الرقم 672-6599 (773) أيام الثلاثاء من الساعة 11 صباحاً إلى 2 بعد الزوال.
immigrantjustice.org/contact-us

3. بمجرد تحديد مكاني، يرجى الاتصال بالمحامي الخاص بي لبدء إجراءات طلب الكفالة وخطة الهجرة.

4. خلال اعتقاله، أريد أن يبقى أطفاله تحت رعاية/حضانة :

الإسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____ صلة القرابة: _____
العنوان: _____

الإسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____ صلة القرابة: _____
العنوان: _____

5. تعليمات خاصة: _____

في حال اعتقاله، ولم أرغب في الدفاع عن قضية الهجرة الخاصة بي، يرجى اتباع الخطوات التالية:

1. استخدم موقع البحث عن المحتجزين التابع لإدارة إنفاذ قوانين الهجرة والجمارك ICE
لتحديد مكاني.

2. يرجى الاتصال بالمحامي الخاص بي لمساعدتي في طلب الهجرة الطوعية.
3. في حال لدي أطفال:

أ. أريد إحضارهم في أسرع وقت ممكن إلي _____ من طرف
الإسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

ب. أريد أن يكمل أطفاله سنتهم الدراسية الحالية ويتم إحضارهم إلي

إلي _____ من طرف
الإسم الكامل: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____

ج. أريد أن يبقى أطفاله في الولايات المتحدة تحت رعاية / حضانة : _____
حتى إشعار آخر _____

4. تعليمات خاصة: _____

معلومات العائلة:

الوالد 1 الإسم القانوني الكامل:

اللقب:

عدد:

رقم الهاتف المحمول:

رقم الهاتف الثابت

رقم هاتف العمل:

العنوان المهني:

البريد الإلكتروني:

العنوان الفعلي:

العنوان البريدي:

تاريخ (تواريخ) دخول الولايات المتحدة:

الوالدة 2 الإسم القانوني الكامل:

اللقب:

عدد:

رقم الهاتف المحمول:

رقم الهاتف الثابت

رقم هاتف العمل:

العنوان المهني:

البريد الإلكتروني:

العنوان الفعلي:

العنوان البريدي:

تاريخ (تواريخ) دخول الولايات المتحدة:



CAIR
CALIFORNIA

دليل الأسرة للاستعداد

معلومات الأطفال/المعالين:

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المشرف: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المشرف: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المدير: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المدير: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المدير: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

الإسم: _____ تاريخ الميلاد _____
عدد: _____
العنوان: _____
مدرسة/وظيفة: _____
رقم الهاتف: _____
العنوان: _____
إسم الأستاذ /المدير: _____
رقم الفصل الدراسي: _____ مسجل في برنامج ما بعد المدرسة؟ نعم/لا
اسم برنامج ما بعد المدرسة : _____
رقم برنامج ما بعد المدرسة : _____
اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب : _____
عنوان الطبيب: _____
حساسيات : _____
حالات مرضية : _____
أدوية وإرشادات : _____
تأمين صحي : _____
رقم الهوية: _____

جهات الاتصال في حالات الطوارئ:

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

جهات الاتصال في حالات الطوارئ:

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____

الإسم: _____ رقم الهاتف: _____
صلة القرابة: _____
العنوان: _____
ملاحظات: _____



CAIR
CALIFORNIA

دليل الأسرة للاستعداد

جدول تتبع النفقات

التسوق	المبلغ

نفقات ثابتة	المبلغ

نفقات طبية	المبلغ

الغذاء	المبلغ

اللياقة البدنية	المبلغ

التنقل	المبلغ

العائلة & التدريس	المبلغ

الترفيه	المبلغ

المجموع	
---------	--

وثائق مهمة:

سواء كنت تريد الطعن في قرار الترحيل أو تفضل مغادرة البلاد، من الأفضل وضع الوثائق الأصلية التالية ونسخة واحدة على الأقل من كل وثيقة، في مكان يسهل على شخص موثوق من قبلك الوصول إليه:

- لائحة جهات الاتصال في حالات الطوارئ.
- استمارة G-28 موقعة لكل شخص لا يحمل الجنسية الأمريكية (مع التأكد من استخدام النسخة المحدثة).
- ثلاث نسخ من أي وكافة وثائق الهجرة المُقدَّمة من طرفك أو نيابةً عنك، بغض النظر عن النتيجة السابقة.
- نسخة من إشعار بالحضور والسجل i-213 وأمر بالإشراف القضائي (OSUP) واستمارة I-220A وأمر الإفراج بكفالة
- نسخ من الوثائق الجنائية والمرتبطة بالمحكمة.
- إثبات استكمال فترة الإفراج المشروط و/أو إثبات اجتياز الحصص التأهيلية.
- إثبات وجود روابط مجتمعية (خطاب تحقق من عضوية الكنيسة، شهادات العمل التطوعي، السجلات المدرسية، إلخ)
- نسخ من السجلات الضريبية.
- الكشوفات البنكية (نسخة من البطاقة البنكية المرتبطة بالحساب).
- P إثبات فترة الإقامة في الولايات المتحدة (وثيقة تثبت أنك مقيم هنا لمدة تتجاوز السنتين)، وجواز (جوازات) السفر.
- نسخة من بطاقة (بطاقات) الهوية/ رخصة السياقة.
- شهادة (شهادات) الميلاد.
- شهادة (شهادات) الزواج / الطلاق.
- اتفاقيات حضانة الأطفال / أوامر عدم التعرض
- توكيلات
- شهادة / صك ملكية
- إقرار بعد أداء القسم لتفويض مقدم الرعاية / إذن بسفر طفل قاصر
- سجلات طبية
- سجلات اللقاحات
- لائحة الحساسيات
- قائمة بالوصفات الطبية الحالية والإرشادات / المعلومات المرتبطة بها
- نسخة لبطاقة (بطاقات) التأمين الصحي
- بطاقة (بطاقات) الضمان الإجتماعي

بالإضافة إلى الاحتفاظ بنسخ ورقية من هذه الوثائق، يُوصى بمسحها ضوئياً وحفظها على ذاكرة USB وقرص صلب، كما يُفضّل، إن أمكن، اقتناء صندوق خزنة مقاوم للحرائق والماء وقابل للقفل للاحتفاظ بوثائقكم فيه، أو استئجار صندوق أمانات لدى مصرفكم المحلي لإيداع وثائقكم الهامة ومقتنياتكم الثمينة الأخرى.

ملاحظات

ملاحظات

ملاحظات

للتواصل معنا

وادي ساكرامنتو / وسط كاليفورنيا
[HTTPS://CA.CAIR.COM/SACVAL/](https://ca.cair.com/sacval/)

(916) 441-6269

سان فرانسيسكو / منطقة الخليج
[HTTPS://CA.CAIR.COM/SFBA/](https://ca.cair.com/sfba/)

(408) 986-9874

منطقة لوس أنجلوس الكبرى
[HTTPS://CA.CAIR.COM/LOSANGELES/](https://ca.cair.com/losangeles/)

(714) 776-1847

منطقة سان دييغو
[HTTPS://CA.CAIR.COM/SANDIEGO/](https://ca.cair.com/sandiego/)

(858) 278-4547

كير (مجلس العلاقات الأمريكية الإسلامية) منظمة وطنية تمتلك مكاتب في جميع أنحاء الولايات المتحدة. في حال كنتم تقيمون خارج ولاية كاليفورنيا، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني للعثور على المكتب الأقرب إليكم.
<https://ca.cair.com/contact/>