

## POLICE STATUTORY DECLARATION

(CITIZEN OF AFGHANISTAN)

اعلامیه رسمی پولیس

برای تبعه افغانستان

I, \_\_\_\_\_,  
currently applying for residence in New Zealand, declare:

من، \_\_\_\_\_،  
که در حال حاضر برای اقامت در نیوزیلند درخواست می کنم، اعلام می کنم:

1. I am unable to get a police certificate from Afghanistan as there is no recognised government authority in Afghanistan since the Taliban takeover in August 2021.

۱. من قادر به دریافت گواهی پلیس از افغانستان نیستم زیرا از زمان تسلط طالبان در آگست ۲۰۲۱، هیچ مقام دولتی رسمی در افغانستان وجود ندارد

2. I have not been convicted, or found guilty of, or charged with offences, or currently under investigation against the law of any country.

۲. من محکوم نشده ام، یا مجرم شناخته نشده ام، یا متهم به جرایمی نه شده ام، یا در حال حاضر بر خلاف قانون هیچ کشوری تحت بازجویی قرار نگرفته ام.

3. I understand that if my circumstances change after signing this declaration, I must immediately inform Immigration New Zealand in writing of my changed circumstances.

۳. من می دانم که اگر شرایط من پس از امضای این بیانیه تغییر کند، باید فوراً به صورت کتبی به اداره مهاجرت نیوزیلند از تغییر شرایط خود اطلاع دهم.

4. I understand that if I make any false statements, or provide any false or misleading information, or have changed or altered this form in any way, my application may be declined, or my visa and permit may later be cancelled or revoked, and that I may also be committing an offence and be liable to prosecution.

۴. من درک می کنم که اگر اظهارات نادرستی بدهم، یا هرگونه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده ارائه دهم، یا این فرم را به هر طریقی تغییر داده یا تغییر داده باشم، ممکن است درخواست من رد شود، یا ویزا و مجوز من ممکن است بعداً لغو یا لغو شود، و من همچنین ممکن است مرتکب جرم شناخته و قابل پیگرد قانونی قرار بگیرم.

5. I understand the contents of this form, and the information I have provided is true and complete.

۵. من محتوای این فرم را درک می کنم و اطلاعاتی که ارائه کرده ام صحیح و کامل است.

Signature: \_\_\_\_\_ تاریخ:

Date: \_\_\_\_\_ امضا:

Full Name: \_\_\_\_\_ اسم مکمل:

Authorised witness/Lawyer مجوز شاهد/وکیل

Signature: \_\_\_\_\_ تاریخ:

Date: \_\_\_\_\_ امضا:

Full Name: \_\_\_\_\_ اسم مکمل: