

إعادة السداد لبرنامج إعادة التوطين الأمريكي واتفاقية الخصوصية

قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 (L .b. 104-13) بيان العبء العام: الغرض من جمع المعلومات هذا هو أن يقبل العائد إلى الوطن مساعدة مؤقتة بموجب برنامج الإعادة إلى الوطن بالولايات المتحدة ؛ الموافقة على سداد HHS للمساعدة المؤقتة ؛ والسماح لـ HHS بمشاركة المعلومات الشخصية لأغراض المنافع. يُقدر عبء الإبلاغ العام لمجموعة المعلومات هذه بمتوسط 0.17 ساعة لكل مستجيب ، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات ، وجمع البيانات المطلوبة والحفاظ عليها ، ومراجعة جمع المعلومات. هذه المجموعة من المعلومات مطلوبة للحصول على ميزة (42 U.S.C. القسم 1313). لا يجوز للوكالة إجراء أو رعاية مجموعة من المعلومات الخاضعة لمتطلبات قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 ، وليس مطلوبًا من الشخص الرد عليها ، ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا حاليًا. رقم OMB هو 0474-0970 وتاريخ انتهاء الصلاحية هو 2025/30/06. إذا كان لديك أي تعليقات على هذه المجموعة من المعلومات ، يرجى الاتصال بـ the U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

الجزء الأول: معلومات الشخص الذي أعيد إلى وطنه.			
1. الاسم الأخير للشخص الذي أعيد إلى وطنه	2. الاسم الأول للشخص الذي أعيد إلى وطنه	3. الاسم الأوسط للشخص الذي أعيد إلى وطنه	
4. العنوان (الشارع ، المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي)			
5. رقم الضمان الاجتماعي	6. تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	7. رقم التليفون	8. عنوان البريد الإلكتروني
القسم الثاني: قبول خدمات إعادة التوطين واتفاقية السداد			
9. اتفاقية خدمات الإعادة إلى الوطن والسداد أوافق على تلقي مساعدة مؤقتة بموجب برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة أفهم أنه يجب علي أن أسدد ل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) عن جميع المساعدات المالية والطبية والمأوى والمواصلات وغيرها من المساعدات المؤقتة التي تلقيتها من خلال برنامج الإعادة إلى الوطن الأمريكي ، ما لم يكن مكتب الخدمات الإنسانية للتأهب والاستجابة للطوارئ (OHSEPR) يمنحني تنازلاً. أفهم أن HHS سترسل لي فاتورة مباشرة ، وأوافق على سداد هذا المبلغ بالكامل من HHS. الدفع بالكامل مستحق بعد 30 يومًا من الفاتورة. إذا قمت بالدفع بالتقسيط أو تأخرت في السداد ، فستتراكم الفائدة بالسعر الحالي الذي تحدده وزارة الخزانة الأمريكية للقروض الاستهلاكية الخاصة على الجزء غير المدفوع ، بالإضافة إلى أي رسوم وعقوبات. حتى أقوم بسداد المبلغ بالكامل ، وأوافق على الإبلاغ عن جميع التغييرات في عنواني إلى HHS في 330 C Street S.W., Washington D.C. 20201, Attention: U.S. Repatriation Program. يجب إرسال جميع المدفوعات إلى HHS - Program Support Center ، Accounting Services - Debt Collection ، 20857 Maryland ، Bethesda ، Suite 8310-A ، Wisconsin Avenue 7700 ، Center للهاتف: 4664-492-301 ؛ بريد إلكتروني: PSCDebtServicing@psc.hhs.gov			
10. بيان قانون الخصوصية أفوض برنامج HHS للإعادة إلى الوطن بالولايات المتحدة (البرنامج) بجمع معلومات التعريف الشخصية الخاصة بي (PII) والوصول إليها بما في ذلك معلوماتي في هذا النموذج ونماذج البرنامج التالية: طلب أهلية الإعادة إلى الوطن في حالات الطوارئ (01-RR) ، طلب الإعفاء من القرض والتأجيل (03-RR) ، طلب السداد الروتيني للعودة إلى الوطن (04-RR) ، وطلب تمديد المساعدة المؤقتة (07-RR) ، حسب الاقتضاء. أفوض البرنامج للإفصاح عن معلومات تحديد الهوية الشخصية الخاصة بي إلى الوكالات الفيدرالية والولائية الأخرى ، أو الحاصلين على منح ، أو مقدمي الخدمات ، أو المقاولين ، أو المنظمات الخاصة ، إذا لزم الأمر لـ HHS لتنفيذ مسؤولياتها بموجب 42 U.S.C. 1313 و 24 U.S.C. الأقسام 321 - 329 ، أو لتمكين وكالة فيدرالية أخرى من تنفيذ أي مهام تتعلق بعودتي من بلد أجنبي إلى الولايات المتحدة ، أو كما هو مصرح به صراحةً من قبل موظفي HHS المناسبين ، وفقًا لـ 211.14 CFR 45 و 212.9 CFR 45. ان تقديم هذه المعلومات طوعي ، ومع ذلك ، فإن الفشل في القيام بذلك يعني أن HHS غير قادرة على تقديم المساعدة.			
القسم الثالث: توقيع الشخص الذي أعيد إلى وطنه / الممثل المفوض من خلال التوقيع على هذا المستند ، أقر بأنني أفهم وأوافق على جميع شروط وأحكام اتفاقية السداد وأنني أفهم بيان قانون الخصوصية وأشهد بأن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة وكاملة ودقيقة على أفضل وجه. معرفة. أدرك أن أي معلومات خاطئة أو وهمية أو احتيالية قد تعرضني لعقوبات جنائية أو مدنية أو إدارية. (قانون الولايات المتحدة ، العنوان 18 ، القسم 1001)			
11. الإمضاء	12. التاريخ (MM / DD / YYYY)		

القسم الرابع: معلومات الممثل المعتمد (إن أمكن)			
13. الاسم الأخير للممثل	14. الاسم الأول للممثل	15. الاسم الأوسط للممثل	
16. العلاقة بالشخص الذي أعيد إلى وطنه	17. رقم التليفون	18. عنوان البريد الإلكتروني	
القسم الخامس: إعادة المعلومات الديموغرافية (طوعية). حدد المربعات المناسبة بعلامة "X" التي تنطبق على كل سؤال. جميع الردود طوعية.			
19. العرق	20. السلالة	21. الحالة الاجتماعية	
<input type="checkbox"/> الهنود الحمر / سكان ألاسكا الأصليين (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> أسود / أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> آسيا <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> من أصل إسباني أو لاتيني - شخص من أصل كوبي أو مكسيكي أو بورتوريكي أو دومينيكي أو أمريكي الجنوبية أو الوسطى أو أي ثقافة أو أصل إسباني آخر ، بغض النظر عن العرق <input type="checkbox"/> غير هسباني أو لاتيني	<input type="checkbox"/> لم يتزوج قط <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> مُطلِّق <input type="checkbox"/> أرمل	
22. الجنس	23. اللغة الأساسية	24. هل أنت محارب قديم؟	25. هل لديك إعاقة؟
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	<input type="checkbox"/> الإنجليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الماندرين <input type="checkbox"/> الفرنسية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> عقلية <input type="checkbox"/> بدنية <input type="checkbox"/> عاطفية <input type="checkbox"/> لا إذا أجبت بنعم، من فضلك وضح: _____
26. أعلى مستوى تعليمي	27. الدخل السنوي المنزلي	28. كيف سمعت عن برنامج إعادة إلى الوطن الأمريكي؟	
<input type="checkbox"/> المدرسة الابتدائية (الصف الثامن K-8) <input type="checkbox"/> بعض من المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> خريج مدرسة ثانوية / GED <input type="checkbox"/> بعض من الكلية <input type="checkbox"/> شهادة جامعيه <input type="checkbox"/> درجة جامعية متقدمة <input type="checkbox"/> (على سبيل المثال ، ماجستير) <input type="checkbox"/> دكتوراه أو درجة مهنية <input type="checkbox"/> (على سبيل المثال ، PhD, JD, MD)	<input type="checkbox"/> 0 دولار - 10000 دولار <input type="checkbox"/> 10001 دولار - 25000 دولار <input type="checkbox"/> 25001 دولار - 50000 دولار <input type="checkbox"/> 50001 دولار - 75000 دولار <input type="checkbox"/> 75.001 دولار وما فوق	<input type="checkbox"/> نشرة إعلانية في مطار <input type="checkbox"/> صديق أو العائلة <input type="checkbox"/> موقع الإخلاء في الخارج: <input type="checkbox"/> موظف حكومي <input type="checkbox"/> آخر: _____	

البند 5. رقم الضمان الاجتماعي. أدخل رقم الضمان الاجتماعي للشخص المعاد الى الوطن.

البند 6. تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة). أدخل تاريخ ميلاد العائد. تنسيق الشهر واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

البند 7. رقم التليفون. أدخل رقم الهاتف الأساسي للتواصل بشأن المشاركة في برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة.

البند 8 عنوان البريد الإلكتروني. أدخل عنوان البريد الإلكتروني الأساسي لإرسال الرسائل المتعلقة بالمشاركة في برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة

القسم الثاني: قبول خدمات إعادة التوطين واتفاقية السداد

البندان 9 و 10. خدمات إعادة الإعادة إلى الوطن واتفاقية السداد وبيان قانون الخصوصية. اقرأ بالكامل.

القسم الثالث: توقيع الشخص الذي أعيد إلى وطنه / الممثل المفوض

البند 11 إمضاء. قم بالتوقيع للإشارة إلى الفهم والموافقة على جميع شروط وأحكام اتفاقية السداد وبيان قانون الخصوصية وللتصديق على صحة المعلومات المقدمة في هذا النموذج.

البند 12 التاريخ (MM / DD / YYYY). اكتب تاريخ التوقيع. تنسيق كشهر من رقمين ويوم وسنة مكونة من أربعة أرقام.

القسم الرابع: معلومات الممثل المعتمد (إن أمكن)

البند 13 الاسم الأخير للممثل. أدخل الاسم الأخير للممثل المفوض.

البند 14 الاسم الأول للممثل. أدخل الاسم الأول للممثل المفوض.

البند 15 الاسم الأوسط للممثل. أدخل الاسم الأوسط للممثل المفوض. إذا لم يكن هناك اسم وسط ، فاكتب "NMN".

البند 16 علاقة. حدد علاقة الممثل المفوض بالمواطن الأمريكي (مثال: أحد الوالدين ، الوصي القانوني).

البند 17 رقم التليفون. أدخل رقم الهاتف الأساسي للتواصل بشأن المشاركة في برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة.

البند 18 عنوان البريد الإلكتروني. أدخل عنوان البريد الإلكتروني الأساسي لإرسال الرسائل المتعلقة بالمشاركة في برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة

البند 19-28 المعلومات الديموغرافية. هذه الأسئلة اختيارية. حدد المربع (الخانات) المناسبة.

معلومات عامة

الغاية: هذا النموذج مخصص للعائدين لقبول المساعدة المؤقتة بموجب برنامج الإعادة إلى الوطن بالولايات المتحدة ، والموافقة على سداد HHS للمساعدة المؤقتة ، والسماح لـ HHS بمشاركة المعلومات الشخصية لأغراض المزايا.

من يجب عليه إكمال هذا النموذج: يمكن إكمال هذا النموذج وتوقيعه بواسطة:

- العائدين إلى الوطن نيابة عن أنفسهم والمعالين ؛
- ممثل بالغ لطفل قاصر (والد أو وصي أو ممثل قانوني) ؛ أو
- ممثل بالغ لشخص بالغ يعاني من إعاقة عقلية أو جسدية.

متى تقدم: بمجرد أن يقرر الفرد المؤهل التقدم بطلب للحصول على مساعدة مؤقتة ، ولكن في موعد لا يتجاوز 90 يوماً من تاريخ وصول العائد إلى الولايات المتحدة من بلد أجنبي.

مكان التقديم: أعد النسخة الموقعة إلى مسؤول الحالة الخاص بك.

إخلاء المسؤولية : ينص القانون 18 من قانون الولايات المتحدة 1001 على أن الفرد الذي "عن قصد وعن عمد - (1) يزور أو يخفي أو يتستر بأي حيلة أو مخطط أو جهاز حقيقة مادية ؛ (2) يقدم أي بيان أو تمثيل كاذب مادياً أو وهمياً أو احتيالياً ؛ أو (3) صنع أو استخدم أي كتابة أو مستند مزيف يعرف ذلك لاحتواء أي بيان أو إدخال خاطئ مادياً أو وهمياً أو احتيالياً ؛ بغرامة بموجب هذا العنوان ، بالسجن لمدة لا تزيد عن 5 سنوات ... أو كليهما".

تعليمات محددة

الجزء الاول: معلومات الشخص الذي أعيد إلى وطنه.

البند 1. الاسم الأخير للشخص الذي أعيد إلى وطنه أدخل الاسم الأخير للشخص الذي أعيد إلى وطنه.

البند 2. الاسم الأول للشخص الذي أعيد إلى وطنه أدخل الاسم الأول للشخص الذي أعيد إلى وطنه

البند 3. الاسم الأوسط للشخص الذي أعيد إلى وطنه أدخل الاسم الأوسط للشخص الذي أعيد إلى وطنه إذا لم يكن هناك اسم وسط ، فاكتب "NMN".

البند 4. العنوان (الشارع ، المدينة ، الولاية ، الرمز البريدي) أدخل عنوان الشخص الذي أعيد إلى وطنه في الولايات المتحدة. قم بتضمين رقم الشقة / الوحدة إن أمكن.