

ПРОГРАММА РЕПАТРАЦИИ США СОГЛАШЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА РЕПАТРИАЦИЮ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

ЗАКОН 1995 г. О СОКРАЩЕНИИ БУМАЖНОЙ РАБОТЫ (b. L. 104-13) ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ: Цель данного сбора информации заключается в принятии репатриантом временной помощи в рамках Программы репатриации США; согласиться выплатить HHS компенсацию за временную помощь; и разрешить HHS передавать личную информацию в целях получения пособий. Общественная нагрузка, связанная с предоставлением информации, оценивается в среднем в 0,17 часа на одного респондента, включая время на изучение инструкций, сбор и сохранение необходимых данных, а также рассмотрение сбора информации. Этот сбор информации необходим для получения пособия (42 U.S.C. параграф 1313). Агентство не может руководить или спонсировать, а лицо не обязано отвечать за сбор информации, подпадающей под требования Закона 1995 года о сокращении бумажной работы, если оно не имеет действующего контрольного номера OMB. Номер OMB 0970-0474, срок окончания действия 30/06/2025. Если у вас есть какие-либо комментарии по этому сбору информации, свяжитесь с U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ			
1. Фамилия репатрианта	2. Имя репатрианта	3. Отчество репатрианта	
4. Адрес (улица, город, штат, почтовый индекс)			
5. Номер социального страхования	6. Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	7. Номер телефона	8. Адрес электронной почты
РАЗДЕЛ II: ПРИНЯТИЕ УСЛУГ ПО РЕПАТРИАЦИИ И СОГЛАШЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ СРЕДСТВ			
<p>9. Услуги по репатриации и соглашение о возврате средств</p> <p>Я согласен получить временную помощь в соответствии с Программой репатриации США. Я понимаю, что должен возместить Министерству здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) всю финансовую, медицинскую, жилищную, транспортную и другую временную помощь, которую я получил в рамках Программы репатриации США, если только Управление по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них (OHSEPR) не даст мне отказ. Я понимаю, что HHS выставит счет непосредственно мне, и я согласен выплатить HHS эту сумму в полном объеме. Полная оплата должна быть произведена через 30 дней после выставления счета. Если я плачу в рассрочку или допускаю просрочки в погашении, на невыплаченную часть кредита будут начисляться проценты по текущей ставке, установленной Министерством финансов США для частных потребительских кредитов, в дополнение к любым комиссиям и штрафам. Пока я не выплачу всю сумму, я согласен сообщать обо всех изменениях в моем адресе в HHS, по адресу 330 C Street S.W., Washington D.C. 20201, Внимание: Программа репатриации США. Все платежи должны быть направлены в HHS - Центр поддержки программ, бухгалтерские услуги - Центр сбора долгов, 7700 Wisconsin Avenue, Suite 8310-A, Bethesda, Maryland 20857; Электронная почта: PSCDebtServicing@psc.hhs.gov; Телефон: 301-492-4664.</p>			
<p>10. Заявление о законе о конфиденциальности</p> <p>Я разрешаю HHS Программы репатриации США (Программа) собирать и иметь доступ к моей личной идентифицируемой информации (PII), включая информацию, содержащуюся в этой форме и следующих формах Программы: Заявление на получение права на экстренную репатриацию (RR-01), заявление на отказ от займа и отсрочку (RR-03), заявление на возмещение расходов на обычную репатриацию (RR-04) и заявление на продление временной помощи (RR-07), в зависимости от ситуации. Я разрешаю Программе раскрывать мою PII другим федеральным агентствам и агентствам штата, получателям грантов, поставщикам услуг, подрядчикам или частным организациям, если это необходимо для выполнения HHS своих обязанностей в соответствии с 42 U.S.C. 1313 и 24 U.S.C. части 321-329, или для того, чтобы другое федеральное агентство могло выполнять любые функции, связанные с моим возвращением из иностранного государства в США, или по иному прямому разрешению соответствующих сотрудников HHS, в соответствии с 45 CFR 211.14 и 45 CFR 212.9. Предоставление этой информации является добровольным, однако невыполнение этого требования будет означать, что HHS не сможет оказать помощь.</p>			
РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ РЕПАТРИАНТА/УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ			
<p><i>Подписывая этот документ, я подтверждаю, что понимаю и согласен со всеми положениями и условиями Соглашения о погашении кредита, понимаю Заявление о законе о конфиденциальности и подтверждаю, что информация, предоставленная мной в этой форме, является правдивой, полной и точной, насколько мне известно. Я осознаю, что любая ложная, фиктивная или мошенническая информация может повлечь за собой уголовное, гражданское или административное наказание. (Кодекс США раздел 18, параграф 1001)</i></p>			
11. Подпись	12. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)		

РАЗДЕЛ IV: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УПОЛНОМОЧЕННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)			
13. Фамилия представителя	14. Имя представителя	15. Отчество представителя	
16. Отношение к репатрианту	17. Номер телефона	18. Адрес электронной почты	
РАЗДЕЛ V: ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ РЕПАТРИАНТОВ (ДОБРОВОЛЬНО).			
<i>Отметьте соответствующие поля знаком «X», которые относятся к каждому вопросу. Все ответы являются добровольными.</i>			
19. Раса <input type="checkbox"/> Американский индеец / коренной житель Аляски (укажите) _____ <input type="checkbox"/> Черный / афроамериканец <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____	20. Этническая принадлежность <input type="checkbox"/> Испанец или латиноамериканец - человек кубинской, мексиканской, пуэрториканской, доминиканской, южно- или центральноамериканской или другой испанской культуры или происхождения, независимо от расы <input type="checkbox"/> Не испаноязычный или латиноамериканец	21. Семейное положение <input type="checkbox"/> Никогда не был женат <input type="checkbox"/> Женат <input type="checkbox"/> Расстались <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Овдовел	
22. Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____ <input type="checkbox"/> предпочитаю не отвечать	23. Основной язык <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский <input type="checkbox"/> Китайский <input type="checkbox"/> Французский <input type="checkbox"/> арабский <input type="checkbox"/> Другой (укажите) _____	24. Вы ветеран? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	25. Есть ли у вас инвалидность? <input type="checkbox"/> Ментальная <input type="checkbox"/> Физическая <input type="checkbox"/> Эмоциональная <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите: _____
26. Высший уровень образования <input type="checkbox"/> Начальная школа (K-8 ^й класс) <input type="checkbox"/> Некоторая средняя школа <input type="checkbox"/> Выпускник средней школы / GED <input type="checkbox"/> Некоторый колледж <input type="checkbox"/> Степень бакалавра <input type="checkbox"/> Высшее образование (например, Мастер) <input type="checkbox"/> Докторская или профессиональная степень (например, PhD, JD, MD)	27. Годовой доход семьи <input type="checkbox"/> \$0 - \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001 - \$25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001 - \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$75,000 <input type="checkbox"/> \$75 001 и выше	28. Откуда вы узнали о Программе репатриации США? <input type="checkbox"/> Флаер в аэропорту <input type="checkbox"/> друг или родственник <input type="checkbox"/> зарубежный эвакуационный пункт государственный <input type="checkbox"/> служащий другое: _____	

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель: Эта форма предназначена для того, чтобы репатриант принял временную помощь в рамках Программы репатриации США, согласился выплатить NHS компенсацию за временную помощь и разрешил NHS передавать личную информацию в целях получения пособий.

Кто должен заполнить эту форму: Эта форма может быть заполнена и подписана:

- Репатриантом от своего имени и от имени иждивенцев;
- Взрослым представителем несовершеннолетнего ребенка (родитель, опекун или законный представитель); или
- Взрослым представителем умственно или физически неполноценного взрослого человека.

Когда подавать : Как только имеющее право лицо решит обратиться за временной помощью, но не позднее 90 дней с даты прибытия репатрианта в США из другой страны.

Куда отправить: Верните подписанный экземпляр своему специалисту по ведению дела.

Отказ от ответственности: Раздел 18 Кодекса США 1001 предусматривает, что лицо, которое «сознательно и умышленно -) фальсифицирует, скрывает или утаивает любым трюком, схемой или приемом существенный факт; (2) делает любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или представление; или (3) делает или использует любую фальшивую запись или документ, зная, что он содержит любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или запись; подлежит штрафу в соответствии с этим титулом, тюремному заключению на срок не более 5 лет... или обоим наказаниям».

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ

Пункт 1. Фамилия репатрианта. Укажите фамилию репатрианта.

Пункт 2. Имя репатрианта. Укажите имя репатрианта.

Пункт 3. Отчество репатрианта. Укажите отчество репатрианта. Если нет отчества, напишите «NMM».

Пункт 4. Адрес (улица, город, штат, почтовый индекс). Укажите адрес репатрианта в США. Укажите номер квартиры/комнаты, если применимо.

Пункт 5. Номер социального страхования. Укажите номер социального страхования.

Пункт 6. Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ). Укажите дату рождения репатрианта. Формат: месяц и день из двух цифр, год из четырех цифр.

Пункт 7. Номер телефона. Введите основной номер телефона для связи с вами относительно вашего участия в Программе репатриации США.

Пункт 8. Адрес электронной почты. Укажите основной адрес электронной почты для отправки сообщений об участии в Программе репатриации США.

РАЗДЕЛ II: ПРИНЯТИЕ УСЛУГ ПО РЕПАТРИАЦИИ И СОГЛАШЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ СРЕДСТВ

Пункты 9 и 10. Соглашение об услугах по репатриации и возмещению расходов и Заявление о законе о конфиденциальности. Читать полностью.

РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ РЕПАТРИАНТА/УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ.

Пункт 11. Подпись. Подпишите, чтобы обозначить понимание и согласие со всеми условиями Соглашения о погашении кредита и Заявления о конфиденциальности, а также подтвердите, что информация, предоставленная в этой форме, верна.

Пункт 12. Дата (ММ/ДД/ГГГГ). Укажите дату подписания. Формат: месяц и день из двух цифр, год из четырех цифр.

РАЗДЕЛ IV: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УПОЛНОМОЧЕННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО).

Пункт 13. Фамилия представителя. Укажите фамилию уполномоченного представителя.

Пункт 14. Имя представителя. Укажите имя уполномоченного представителя.

Пункт 15. Отчество представителя. Укажите отчество уполномоченного представителя. Если нет отчества, напишите «NMM».

Пункт 16. Отношение. Укажите отношение уполномоченного представителя к гражданину США (пример: родитель, законный опекун).

Пункт 17. Номер телефона. Введите основной номер телефона для связи с вами относительно вашего участия в Программе репатриации США.

Пункт 18. Адрес электронной почты. Укажите основной адрес электронной почты для отправки сообщений об участии в Программе репатриации США.

Пункты 19-28. Демографическая информация. Эти вопросы являются добровольными. Выберите соответствующие поля.