

## PROGRAMME DE RAPATRIEMENT AUX ÉTATS-UNIS – REFUS D'AIDE TEMPORAIRE

### TITRE I : INTRODUCTION

Le Programme de rapatriement aux États-Unis fournit une aide temporaire aux citoyens américains et à leurs personnes à charge renvoyés par le Ministère des affaires étrangères d'un pays étranger aux États-Unis en raison de la misère, d'une maladie, d'une guerre, d'une menace de guerre, d'une invasion ou d'une crise similaire ; et qui sont sans ressources immédiatement accessibles pour répondre à leurs besoins. Le coût total de l'aide temporaire fournie doit être remboursé aux gouvernement américain sauf si une dispense a été demandée et approuvée par le Ministère américain de la santé et des services sociaux/Administration pour les enfants et les familles/Bureau de la préparation et de l'intervention d'urgence des services sociaux.

### TITRE II : REFUS D'AIDE TEMPORAIRE DU PROGRAMME DE RAPATRIEMENT AUX ÉTATS-UNIS

**Je comprends les informations que j'ai reçues, oralement et par écrit, sur l'aide temporaire disponible dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis, et je refuse l'aide.**

### TITRE III : SIGNATURE

1. Je suis :

- une personne éligible au Programme de rapatriement aux États-Unis, et je refuse l'aide  
 un représentant autorisé (lien de parenté avec la personne \_\_\_\_\_)

2. Nom (nom de famille, prénom, deuxième prénom)

3. Date de naissance (MM/JJ/AAAA)

4. Pays de provenance

5. Signature

6. Date (MM/JJ/AAAA)

7. Témoin (en caractères d'imprimerie)

8. Date (MM/JJ/AAAA)

9. Remarques :

LOI DE 1995 SUR L'ALLEGÈMENT DES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES (b. L. 104-13) DÉCLARATION DE LA CHARGE PUBLIQUE : Le but de cette collecte d'informations est de refuser l'aide temporaire dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis. La charge de travail public pour cette collecte d'informations est estimé à 0,05 heure en moyenne par répondant, y compris le temps nécessaire pour l'examen des instructions, la collecte et la mise à jour des données nécessaires et l'examen de la collecte d'informations. Cette collecte d'informations est volontaire (42 Code des États-Unis article 1313). Un organisme ne peut pas mener ou parrainer, et une personne n'est pas tenue de répondre à, une collecte d'informations soumise aux exigences de la loi de 1995 sur la réduction des formalités administratives, à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle OMB en cours de validité. Le numéro OMB est 0970-0474 et la date d'expiration est le 30/06/2025. Si vous avez des commentaires sur cette collecte d'informations, veuillez contacter le U.S. Repatriation Program [Programme de rapatriement aux États-Unis], 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

Les informations personnelles figurant dans ce formulaire ne peuvent être divulguées qu'aux fins du programme ou dans les conditions prescrites dans l'article 45 CFR 211.14 ou 212.9.

## **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**Objectif :** Pour les personnes éligibles au Programme de rapatriement aux États-Unis, il s'agit de refuser l'aide temporaire via le Programme de rapatriement aux États-Unis.

**Pour l'assistant social ou le prestataire de services :** Avant d'obtenir la signature de la personne sur ce formulaire, veuillez vérifier que le signataire est un adulte ayant un niveau d'alphabétisation et de compétences linguistiques suffisant pour comprendre ce formulaire. Les personnes souffrant de troubles mentaux et physiques susceptibles de les empêcher de comprendre et/ou de remplir ce formulaire ne doivent pas être tenues de le signer.

**Qui doit signer ce formulaire :** Ce formulaire peut être rempli et signé par :

- La personne au nom d'elle-même et des personnes à charge ;
- Le représentant adulte d'un enfant mineur (parent, tuteur ou représentant légal) ; ou
- Le représentant adulte d'un adulte ayant un handicap mental ou physique.

**Où le soumettre :** Remettez la copie signée à votre assistant social de rapatriement.

## **INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES**

### **TITRE III : SIGNATURE**

**Rubrique 1.** Cochez la case en fonction de la personne qui remplit le formulaire. Si la personne refuse de remplir le formulaire après avoir refusé de l'aide, un assistant social doit l'indiquer à la rubrique 9.

**Rubrique 2. Nom (nom de famille, prénom, deuxième prénom).** Nom en caractères d'imprimerie au format nom de famille, prénom et deuxième prénom.

**Rubrique 3. Date de naissance (MM/JJ/AAAA).** Indiquez la date de naissance de la personne éligible au format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

**Rubrique 4. Pays de provenance.** Indiquez le nom du pays principal d'où la personne revient. Cela ne comprend pas les pays d'escale dans les aéroports.

**Rubrique 5. Signature.** Signature de la personne pour indiquer qu'elle a reçu des informations concernant le Programme de rapatriement aux États-Unis et qu'elle a choisi de NE PAS recevoir d'aide de ce Programme.

**Rubrique 6. Date (MM/JJ/AAAA).** Indiquez la date au format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

**Rubrique 7. Témoin (en caractères d'imprimerie).** Formulez le nom du témoin comme suit : nom de famille, prénom, initiale du deuxième prénom.

**Rubrique 8. Date (MM/JJ/AAAA).** Indiquez la date au format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

**Rubrique 9. Remarques.** Inclure des notes, si nécessaire.