

SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE ASISTENCIA TEMPORAL DEL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS

LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE 1995 (L. Pub. 104-13) DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: El propósito de esta recopilación de información es solicitar una extensión de la asistencia temporal de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos después del período de elegibilidad inicial de 90 días. La carga de información pública para esta recopilación se estima en un promedio de 0,3 horas por encuestado, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar el contenido recopilado. Esta recopilación de información es necesaria para solicitar una extensión de la asistencia temporal (Sección 1313 del Título 42 del Código de los Estados Unidos). Una agencia no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información sujeta a los requisitos de la Ley de Reducción de Documentos de 1995, y una persona no está obligada a responder a esta, a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido. El n.º de OMB es 0970-0474 y la fecha de vencimiento es el 30/06/2025. Si tiene algún comentario sobre esta recopilación de información, comuníquese con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO			
1. Apellido	2. Primer nombre	3. Segundo nombre	
4. Número de caso	5. Número de Seguro Social	6. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	7. Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES		
8. Introduzca la información de los dependientes. Si hay más de 5, use una hoja de papel aparte.		
Nombre (apellido, nombre, inicial del medio)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Relación con el repatriado
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

SECCIÓN III: JUSTIFICACIÓN
<i>Marque todo lo que corresponda y proporcione información de respaldo para las selecciones.</i>
9. Motivo(s) de la solicitud de extensión. <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Falta de preparación vocacional
10. Información adicional.

SECCIÓN IV: ELEGIBILIDAD					
11. Autoevaluación					
a. ¿Está trabajando?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Participa en alguna demanda pendiente?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Posee algún activo en los EE. UU. o en el extranjero (p. ej., casas, acciones, terrenos)? En caso afirmativo, proporcione la cantidad total estimada.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
				\$ _____	
12. Beneficios. Complete la siguiente tabla si está recibiendo o espera recibir asistencia pública.					
Nombre (apellido, nombre, inicial del medio)	Tipo de asistencia solicitada (p. ej., TANF, SSI, Seguro de enfermedad)	Fecha de presentación de la solicitud (DD/MM/AAAA)	Estado de la solicitud: Pendiente, Aprobada, Denegada, Otro	Fecha en que se aceptó la solicitud	Monto que recibe o espera recibir
1. PROPIO					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Total					
13. información adicional					
14. Ingresos mensuales del hogar					
Apellido	Primer nombre	Salario o sueldo en \$	Tipo de ingreso recibido (p. ej., manutención infantil, SSI, etc.)	Otros ingresos	
15. Ingreso familiar combinado mensual actual					
Salario o sueldo \$ _____		Otro (asistencia) \$ _____		Total: \$ _____	
16. Gastos mensuales fijos				Mensualidad	
Alquiler					
Servicios públicos					
Alimento					
Transporte (p. ej., público o compartido)					
Seguro del hogar					
Costos médicos					
Otros gastos					
Total					

17 Préstamos y pasivos	Mensualidad	Cantidad total Actualmente adeudado
Hipoteca (si es diferente del alquiler)		
Auto		
Abogado/Gastos legales		
Muebles		
Impuestos adeudados		
Préstamos por pagar (a bancos, compañía financiera, etc.)		
Tarjetas de crédito		
Manutención de los hijos		
Otros préstamos y deudas (especifique):		
Otros préstamos y deudas (especifique):		
Total		

SECCIÓN V: FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Al firmar este documento, certifico que es verdadero, completo y exacto a mi leal saber y entender. Soy consciente de que cualquier información falsa, ficticia o fraudulenta me puede someter a sanciones penales, civiles o administrativas. (Código de Estados Unidos, Título 18, artículo 1001)

18. Firma del solicitante o representante autorizado

19. Fecha (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI CORRESPONDE)

20. Apellido del representante

21. Nombre del representante

22. Segundo nombre del representante

23. Relación

24. Número de teléfono

25. Dirección de correo electrónico

INFORMACIÓN GENERAL

Objetivo: Las personas que actualmente reciben asistencia temporal a través del Programa de Repatriación de los Estados Unidos, que no pueden lograr la autosuficiencia o el autocuidado debido a la edad, una discapacidad o falta de preparación vocacional, pueden usar este formulario para solicitar una extensión del período de elegibilidad más allá del período inicial de 90 días según 45 CFR 212.4 .

Quién debe completar este formulario: Este formulario puede ser completado por:

- adultos que presentan la solicitud en su nombre y en nombre de sus dependientes;
- el representante adulto de un niño menor de edad (padre, tutor o representante legal); o
- el representante adulto de un adulto con discapacidad mental o física.

Cuándo enviarlo: Las solicitudes de extensión deben presentarse a más tardar 30 días antes del final del período de elegibilidad actual.

Dónde enviarlo: Este formulario y todos los documentos de respaldo deben entregarse a ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

Descargo de responsabilidad : El Título 18 del Código de los Estados Unidos 1001 establece que una persona que “a sabiendas y deliberadamente (1) falsifique, oculte o encubra mediante cualquier truco, esquema o dispositivo un hecho material; (2) haga declaraciones o representaciones materialmente falsas, ficticias o fraudulentas; o (3) haga o use cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene cualquier declaración o entrada materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; será multada de conformidad con este título, encarcelada no más de 5 años, o ambos”.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO

Artículo 1. Apellido. Proporcione su apellido.

Artículo 2. Primer nombre. Proporcione su primer nombre.

Artículo 3. Segundo nombre. Proporcione su segundo nombre. Si no tiene segundo nombre, escriba "NMN".

Artículo 4. Número de caso. Proporcione su número de caso. (Si no tiene esta información, comuníquese con su asistente social para obtener ayuda).

Artículo 5. Número de Seguro Social. Proporcione su número de Seguro Social de nueve dígitos.

Artículo 6. Fecha de nacimiento. Proporcione su fecha de nacimiento. Utilice el formato de dos dígitos para el día y mes, y cuatro dígitos para el año.

Artículo 7. Fecha de solicitud. Proporcione la fecha de la solicitud de extensión. Utilice el formato de dos dígitos para el día y mes, y cuatro dígitos para el año.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Artículo 8. Introduzca la información de los dependientes. Proporcione los nombres completos y las fechas de nacimiento de sus dependientes y su relación con usted (por ejemplo, padre discapacitado, hijo menor, etc.).

SECCIÓN III: JUSTIFICACIÓN

Artículo 9. Motivo(s) de la solicitud de extensión. Marque todas las casillas que correspondan. Proporcione una explicación por escrito en el espacio provisto para cada una de las razones seleccionadas para la solicitud de extensión. Utilice papel adicional si es necesario. Además, adjunte toda la documentación de respaldo aplicable para corroborar su reclamo. Por ejemplo, si reclama una discapacidad, incluya una carta de su proveedor médico que indique su discapacidad.

Artículo 10. Información adicional. Utilice este espacio para proporcionar más antecedentes.

SECCIÓN IV: ELEGIBILIDAD

Artículo 11. Autoevaluación. Complete todos los artículos de las líneas A a C.

Artículo 12. Beneficios. Por cada repatriado que recibe servicios en virtud del Programa de Repatriación de los Estados Unidos, indique qué tipo(s) de otra asistencia del gobierno federal o estatal están recibiendo o esperan recibir, y el monto del beneficio, además de las fechas de presentación y aceptación de la solicitud, y el estado de la solicitud. Proporcione un total en la última fila.

Artículo 13. Información adicional. Utilice este espacio para proporcionar más antecedentes.

Artículo 14. Ingresos mensuales del hogar. Para cada miembro de su hogar que reciba ingresos, llene una fila y proporcione detalles para cada columna.

Artículo 15. Ingreso familiar combinado mensual actual. Combine sus ingresos y los ingresos de los miembros de su hogar en el espacio proporcionado.

Artículo 16. Gastos fijos mensuales. Proporcione el pago mensual en los espacios provistos para cada fila. Proporcione un total en la última fila.

Artículo 17. Préstamos y pasivos. Proporcione el pago mensual y el monto total adeudado actualmente en los espacios provistos para cada fila. Por ejemplo, tiene un pago médico mensual de \$150 y el monto total adeudado es el saldo restante, que es de \$500. Proporcione los totales en la última fila.

SECCIÓN V: FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Artículo 18. Firma del solicitante o representante autorizado. El solicitante de repatriación o representante autorizado debe firmar aquí.

Artículo 19. Fecha (DD/MM/AAAA). Proporcione la fecha de la firma. Utilice el formato de dos dígitos para el día y mes, y cuatro dígitos para el año.

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI CORRESPONDE)

Artículo 20. Apellido. Proporcione el apellido del representante autorizado.

Artículo 21. Primer nombre. Proporcione el apellido del representante autorizado.

Artículo 22. Segundo nombre. Proporcione el apellido nombre del representante autorizado. Si no tiene segundo nombre, escriba "NMN".

Artículo 23. Relación. Indique la relación del representante autorizado con el ciudadano estadounidense solicitante. Ejemplo: padre, tutor legal.

Artículo 24. Número de teléfono. Introduzca el número de teléfono principal, incluido el código de área, para comunicarse con respecto a la solicitud de extensión de asistencia temporal del repatriado.

Artículo 25. Dirección de correo electrónico. Introduzca la dirección de correo electrónico principal para comunicarse con respecto a la solicitud de extensión de asistencia temporal del repatriado.