

PROGRAMME DE RAPATRIEMENT AUX ÉTATS-UNIS
DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UN RAPATRIEMENT DE ROUTINE

TITRE I : INFORMATIONS SUR L'ORGANISME			
1. Nom et adresse de l'organisme		2. Type d'organisme <input type="checkbox"/> État <input type="checkbox"/> Fournisseur de services local	
TITRE II : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ			
3. Numéro de dossier	4. État du dossier <input type="checkbox"/> Ouvert <input type="checkbox"/> Fermé	5. Période de demande de remboursement MM/JJ/AAAA Du : ___/___/___ À : ___/___/___	6. Type de demande <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Transitoire <input type="checkbox"/> Finale <input type="checkbox"/> Annulation/Remboursement
7. Nom du rapatrié	8. Numéro de sécurité sociale du rapatrié	9. Nom de la (des) personne(s) à charge 1. 2. 3. 4. 5.	10. Composition du dossier Nombre total : Adultes : Mineurs :
11. Adresse actuelle du rapatrié		12. Coordonnées du rapatrié Téléphone Courriel	
TITRE III : FRAIS			
13. Frais pour le(s) rapatrié(s)			
Frais	Total	Frais	Total
Paiements d'argent		Frais administratifs	
Soins médicaux		Autre (précisez) :	
Hébergement temporaire		Autre (précisez) :	
Transports		Autre (précisez) :	
Services d'escorte		Total	
14. Commentaires supplémentaires			
TITRE IV : SIGNATURE			
<i>En signant ce document, je certifie qu'il est, à ma connaissance, véridique, complet et exact. Je suis conscient que toute information fausse, fictive ou frauduleuse peut m'exposer à des sanctions pénales, civiles ou administratives. (Code des États-Unis, titre 18, article 1001). Je certifie également que les frais identifiés ont été effectués conformément à l'article 42 Code des États-Unis 1313, 45 CFR 211, 45 CFR 212, 45 CFR partie 75 et aux procédures prescrites pour le Programme de rapatriement aux États-Unis.</i>			
15. Nom et titre de l'officier de l'organisme Nom (en caractères d'imprimerie) Nom Titre		16. Coordonnées Téléphone Courriel	
17. Signature			18. Date (MM/JJ/AAAA)

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 permettre aux États de demander le remboursement de la fourniture d'une 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 0,3 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 nécessaire pour obtenir le remboursement d'une aide temporaire (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.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Objectif : Ce formulaire a pour but de permettre aux prestataires de services étatiques et locaux de soumettre des demandes de remboursement pour la fourniture d'une aide temporaire aux rapatriés dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis.

Qui doit remplir ce formulaire : Ce formulaire doit être rempli par les organismes publics désignés et les prestataires de services locaux.

Quand le soumettre : Les demandes peuvent être soumises sur une base continue et doivent être soumises mensuellement. Toutes les demandes de remboursement doivent être soumises au plus tard 30 jours après la clôture du dossier. Les demandes soumises plus d'un an après la date de clôture du dossier ne seront pas remboursées.

Où le soumettre : Le formulaire signé accompagné des pièces justificatives doit être envoyé à ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

Avis de non-responsabilité : Titre 18 du Code des États-Unis 1001 stipule qu'une personne qui « sciemment et volontairement – (1) falsifie, dissimule ou dissimule par une ruse, un stratagème ou un dispositif un fait important ; (2) fait une déclaration ou représentation substantiellement fausse, fictive ou frauduleuse ; ou (3) fait ou utilise un faux écrit ou un faux document en sachant qu'il chose contient une déclaration ou une inscription substantiellement fausse, fictive ou frauduleuse ; est passible d'une amende en vertu de ce titre, d'une peine d'emprisonnement de 5 ans au maximum... ou des deux. »

1. Les organismes d'État ou les prestataires de services locaux peuvent soumettre un formulaire unique pour déclarer les frais et demander le remboursement d'une aide temporaire fournie à un cas de rapatriement (individuel ou familial) aux États-Unis.

2. L'OHSEPR ne remboursera que les frais raisonnables, éligibles et attribuables encourus à la suite d'une aide temporaire fournie aux citoyens américains et à leurs personnes à charge aux États-Unis après avoir été renvoyés par le Ministère des affaires étrangères d'un pays étranger.

3. Le remboursement dépend de la soumission appropriée et en temps opportun d'une demande de remboursement complète, qui comprend les pièces justificatives nécessaires.

4. Le remboursement dépend de la disponibilité des fonds du Programme de rapatriement aux États-Unis et l'éligibilité de chaque coût en vertu de l'article 42 du Code des États-Unis § 1313, les règlements d'application à l'article 45 CFR parties 211 et 212, et les règlements généraux sur l'administration des subventions à l'article 45 CFR Part 75, en particulier la sous-partie E – Cost Principles.

INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES

TITRE I : INFORMATIONS SUR L'ORGANISME

Rubrique 1. Nom de l'organisme/adresse. Indiquez le nom de l'organisme d'État demandeur et l'adresse complète, y compris la rue, le numéro de bureau (le cas échéant), la ville, l'État et le code postal.

Rubrique 2. Type d'organisme. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

TITRE II : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ

Rubrique 3. Numéro de dossier. Indiquez le numéro de dossier associé à ce dossier.

Rubrique 4. État du dossier. Cochez l'une des deux cases pour indiquer si le dossier est « fermé » ou « ouvert ».

Rubrique 5. Période de demande de remboursement MM/JJ/AAAA. Indiquez la date d'ouverture du dossier et sa date de clôture. Si

le dossier est toujours ouvert, inscrivez « présent ».

Rubrique 6. Type de demande. Cochez l'une des quatre cases pour indiquer si la demande est initiale, transitoire, finale ou une annulation/remboursement.

Rubrique 7. Nom du rapatrié. Indiquez le plein du nom complet du rapatrié.

Rubrique 8. Numéro de sécurité sociale. Indiquez le numéro de sécurité sociale à neuf chiffres du rapatrié.

Rubrique 9. Nom de la (des) personne(s) à charge. Énumérez le (les) noms de la (des) personne(s) à charge. S'il y en a plus de cinq, utilisez une feuille de papier séparée.

Rubrique 10. Composition du dossier. Indiquez le nombre total de personnes dans ce dossier, y compris le demandeur. Indiquez le nombre de mineurs et d'adultes dans l'espace prévu à cet effet.

Rubrique 11. Adresse actuelle du rapatrié. Fournissez l'adresse actuelle du rapatrié.

Rubrique 12. Coordonnées du rapatrié. Fournissez le courriel et le numéro de téléphone les plus exacts, y compris l'indicatif régional, pour le rapatrié.

TITRE III : FRAIS

Rubrique 13. Frais pour le(s) rapatrié(s). Indiquez le montant en dollars fourni au rapatrié pour chaque type de frais pour lequel l'État demande un remboursement. Indiquez également le montant total combiné des frais. Les pièces justificatives sont requises pour tous les frais. Si l'approbation préalable de l'OHSEPR a été requise et a été reçue, fournissez les documents appropriés. Incluez tout commentaire supplémentaire, si nécessaire, dans l'espace prévu à cet effet.

Paiements d'argent : Les pièces justificatives signées et les copies du chèque payé peuvent servir de pièces justificatives.

Soins médicaux : Fournissez les factures et les reçus payés pour les frais couverts.

Hébergement temporaire : Fournissez la facture et le reçu.

Transports : Fournissez les pièces justificatives et les reçus signés (par exemple, un bon signé pour un billet d'autobus, un reçu de taxi).

Services d'escorte : Fournissez la facture, les reçus et les approbations préalables de l'OHSEPR.

Frais administratifs : Joignez les justificatifs, tels que les notes des assistants sociaux, les factures et les reçus (par exemple, ticket de parking, taxi).

Autres : Identifiez le type d'aide temporaire. Fournissez des pièces justificatives détaillant l'aide, le le reçu du montant payé et les approbations préalables de l'OHSEPR, le cas échéant.

Rubrique 14. Commentaires supplémentaires. Utilisez cet espace pour indiquer des informations supplémentaires, si nécessaire.

TITRE IV : SIGNATURE

Rubrique 15. Nom et titre de l'officier de l'organisme. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom complet et le titre de l'officier de l'organisme.

Rubrique 16. Coordonnées. Fournissez l'adresse courriel et le numéro de téléphone du signataire.

Rubrique 17. Signature. Signez dans l'espace prévu à cet effet pour confirmer que les informations fournies dans le document sont véridiques, complètes et exactes, et que les frais identifiés ont été effectués conformément aux articles 45 CFR 211 et 45 CFR 212 et aux politiques du Programme de rapatriement aux États-Unis.

Rubrique 18. Date (MM/JJ/AAAA). Indiquez la date de signature au format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.