

## PROGRAMME DE RAPATRIEMENT AUX ÉTATS-UNIS – ACCORD DE REMBOURSEMENT ET CONFIDENTIALITÉ DU RAPATRIEMENT

LOI DE 1995 SUR L'ALLEGÈMENT DES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES (b. L. 104-13) DÉCLARATION DE LA CHARGE PUBLIQUE : L'objectif de cette collecte est de permettre au rapatrié d'accepter une aide temporaire dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis, d'accepter de rembourser le HHS pour l'aide temporaire et d'autoriser le HHS à partager des informations personnelles à des fins de prestations. La charge de travail public pour cette collecte d'informations est estimé à 0,17 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 un avantage (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.

<b>TITRE I : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ</b>			
1. Nom de famille du rapatrié	2. Prénom du rapatrié	3. Deuxième prénom du rapatrié	
4. Adresse (rue, ville, État, code postal)			
5. Numéro de sécurité sociale	6. Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	7. Numéro de téléphone	8. Adresse courriel
<b>TITRE II : ACCEPTATION DES SERVICES DE RAPATRIEMENT ET DE L'ACCORD DE REMBOURSEMENT</b>			
<p>9. Services de rapatriement et accord de remboursement</p> <p>J'accepte de recevoir une aide temporaire dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis. Je comprends que je dois rembourser au Ministère américain de la santé et des services sociaux (HHS) toute aide financière, médicale, d'hébergement, de transport et autre aide temporaire que j'ai reçue via le Programme de rapatriement aux États-Unis, à moins que le Bureau de la préparation et de l'intervention d'urgence des services sociaux (OHSEPR) ne m'accorde une dispense. Je comprends que le HHS me facturera directement et j'accepte de rembourser intégralement ce montant au HHS. Le paiement intégral est dû 30 jours après la facturation. Si je paie en plusieurs fois ou si je suis en retard dans le remboursement, des intérêts au taux au taux actuel fixé par le Ministère américain du trésor pour les prêts privés à la consommation s'accumulera sur la partie non remboursée, en plus des frais et des pénalités. Jusqu'à ce que je rembourse le montant total, j'accepte de signaler tout changement d'adresse au HHS au 330 C Street SW, Washington D.C. 20201, à l'attention de : Programme de rapatriement aux États-Unis. Tous les paiements doivent être envoyés au HHS – Program Support Center, Accounting Services – Debt Collection Center, 7700 Wisconsin Avenue, Suite 8310-A, Bethesda, Maryland 20857 ; Courriel : PSCDebtServicing@psc.hhs.gov ; Téléphone : 301-492-4664.</p>			
<p>10. Déclaration relative à la Loi sur la protection des renseignements personnels</p> <p>J'autorise le Programme de rapatriement aux États-Unis HHS (le Programme) à collecter et avoir accès à mes informations personnelles identifiables (PII), y compris mes informations figurant dans ce formulaire et les formulaires suivants du Programme : Demande d'éligibilité au rapatriement d'urgence (RR-01), demande de dispense et de report de prêt (RR-03), demande de remboursement d'un rapatriement de routine (RR-04) et demande de prolongation d'une aide temporaire (RR-07), selon le cas. J'autorise le Programme à divulguer mes informations personnelles à d'autres organismes fédérales et étatiques, bénéficiaires, prestataires de services, sous-traitants ou organisations privées, si nécessaire pour que le HHS s'acquitte de ses responsabilités en vertu de l'article 42 Code des États-Unis 1313 et 24 Code des États-Unis articles 321 à 329, ou pour permettre à une autre organisme fédérale d'exercer toute fonction liée à mon retour d'un pays étranger aux États-Unis, ou tel qu'autrement expressément autorisé par le personnel approprié du HHS, conformément aux articles 45 CFR 211.14 et 45 CFR 212.9. La fourniture de ces informations est volontaire, cependant, si vous ne le faites pas, le HHS ne pourra pas fournir d'aide.</p>			
<b>TITRE III : SIGNATURE DU RAPATRIÉ/REPRÉSENTANT AUTORISÉ</b>			
<p><i>En signant ce document, je certifie que je comprends et accepte tous les termes et conditions de l'accord de remboursement et que je comprends la déclaration de la Loi sur la protection des renseignements personnels et certifie que les informations que j'ai fournies sur ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et exactes. Je suis conscient que toute information fautive, fictive ou frauduleuse peut m'exposer à des sanctions pénales, civiles ou administratives. (Code des États-Unis, titre 18, article 1001)</i></p>			
11. Signature	12. Date (MM/JJ/AAAA)		

TITRE IV : INFORMATIONS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ (LE CAS ÉCHÉANT)			
13. Nom de famille du représentant	14. Prénom du représentant	15. Deuxième prénom du représentant	
16. Lien de parenté avec le rapatrié	17. Numéro de téléphone	18. Adresse courriel	
TITRE V : INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES DU RAPATRIÉ (VOLONTAIRES).			
<i>Inscrivez « X » dans les cases qui s'appliquent à chaque question. Toutes les réponses sont volontaires.</i>			
19. Race	20. Origine ethnique	21. État civil	
<input type="checkbox"/> Amérindien/autochtone de l'Alaska (veuillez préciser) _____ <input type="checkbox"/> Noir/afro-américain <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autochtone de l'Hawaï ou autres insulaires du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> Hispanique ou latino – une personne de culture ou d'origine cubaine, mexicaine, portoricaine, dominicaine, d'Amérique du Sud ou centrale ou d'une autre culture ou origine espagnole, quelle que soit sa race <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino	<input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/ve	
22. Genre	23. Langue principale	24. Êtes-vous un ancien combattant ?	25. Avez-vous un handicap ?
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Émotionnel <input type="checkbox"/> Non  Si vous avez répondu oui, veuillez préciser : _____
26. Niveau d'études le plus élevé	27. Revenu annuel du ménage	28. Comment avez-vous entendu parler des Programme de rapatriement aux États-Unis ?	
<input type="checkbox"/> École primaire (maternelle jusqu'à 4 <sup>e</sup> ) <input type="checkbox"/> Quelques années d'études secondaires <input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires/certificat de fin d'études secondaires <input type="checkbox"/> Quelques années d'études supérieures <input type="checkbox"/> Diplôme d'études supérieures <input type="checkbox"/> Diplôme universitaire supérieur (par exemple, Master) <input type="checkbox"/> Doctorat ou diplôme professionnel (par exemple, PhD, JD, MD)	<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 \$ et plus	<input type="checkbox"/> Flyer à l'aéroport <input type="checkbox"/> Ami ou famille <input type="checkbox"/> Site d'évacuation à l'étranger <input type="checkbox"/> Employé du gouvernement <input type="checkbox"/> Autre : _____	

## **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**Objectif :** Ce formulaire permet au rapatrié d'accepter une aide temporaire dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis, d'accepter de rembourser le HHS pour l'aide temporaire et d'autoriser le HHS à partager des informations personnelles à des fins de prestations.

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

- Le rapatrié au nom de lui-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.

**Quand le soumettre :** Dès qu'une personne éligible décide de demander une aide temporaire, mais au plus tard 90 jours à compter de la date d'arrivée du rapatrié aux États-Unis en provenance d'un pays étranger.

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

**Avis de non-responsabilité :** Titre 18 du Code des États-Unis 1001 prévoit 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 fautive, fictive ou frauduleuse ; ou (3) fait ou utilise un faux écrit ou un faux document en sachant qu'il contient une déclaration ou une inscription substantiellement fautive, 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. »

## **INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES**

### **TITRE I : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ**

**Rubrique 1. Nom de famille du rapatrié.** Indiquez le nom de famille du rapatrié.

**Rubrique 2. Prénom du rapatrié.** Indiquez le prénom du rapatrié.

**Rubrique 3. Deuxième prénom du rapatrié.** Indiquez le deuxième prénom du rapatrié. En l'absence de deuxième prénom, indiquez « NMN ».

**Rubrique 4. Adresse (rue, ville, État, code postal).** Indiquez l'adresse aux États-Unis du rapatrié. Indiquer le numéro de l'appartement/de l'unité, le cas échéant.

**Rubrique 5. Numéro de sécurité sociale.** Indiquez le numéro de sécurité sociale du rapatrié.

**Rubrique 6. Date de naissance (MM/JJ/AAAA).** Indiquez la date de naissance du rapatrié. Format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

**Rubrique 7. Numéro de téléphone.** Indiquez le numéro de téléphone principal pour communiquer concernant la participation au Programme de rapatriement aux États-Unis.

**Rubrique 8. Adresse courriel.** Indiquez l'adresse courriel principale pour l'envoi de communications concernant la participation au Programme de rapatriement aux États-Unis.

### **TITRE II : ACCEPTATION DES SERVICES DE RAPATRIEMENT ET DE L'ACCORD DE REMBOURSEMENT**

**Rubriques 9 et 10. Services de rapatriement, accord de remboursement et déclaration relative à la Loi sur la protection des renseignements personnels.** Lisez l'intégralité du texte.

### **TITRE III : SIGNATURE DU RAPATRIÉ/REPRÉSENTANT AUTORISÉ.**

**Rubrique 11. Signature.** Signez pour indiquer que vous comprenez et acceptez tous les termes et conditions de l'accord de remboursement et de la déclaration de la Loi sur la protection des renseignements personnels et pour certifier que les informations figurant dans ce formulaire sont correctes.

**Rubrique 12. Date (MM/JJ/AAAA).** Indiquez la date de signature. Format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

### **TITRE IV : INFORMATIONS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ (LE CAS ÉCHÉANT).**

**Rubrique 13. Nom de famille du représentant.** Indiquez le nom de famille du représentant autorisé.

**Rubrique 14. Prénom du représentant.** Indiquez le prénom du représentant autorisé.

**Rubrique 15. Deuxième prénom du représentant.** Indiquez le deuxième prénom du représentant autorisé. En l'absence de deuxième prénom, indiquez « NMN ».

**Rubrique 16. Lien de parenté.** Indiquez le lien de parenté du représentant autorisé avec le citoyen américain (par exemple, parent, tuteur légal).

**Rubrique 17. Numéro de téléphone.** Indiquez le numéro de téléphone principal pour communiquer concernant la participation au Programme de rapatriement aux États-Unis.

**Rubrique 18. Adresse courriel.** Indiquez l'adresse courriel principale pour l'envoi de communications concernant la participation au Programme de rapatriement aux États-Unis.

**Rubriques 19 à 28. Informations démographiques.** Ces questions sont volontaires. Cochez la ou les cases appropriées.