

## SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE EMERGENCIA 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 determinar la elegibilidad para asistencia temporal de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos durante una repatriación de emergencia. La carga de información pública para esta recopilación se estima en un promedio de 0,5 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 obtener un beneficio (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 número 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.

<b>SECCIÓN I: AUTOEVALUACIÓN/VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE</b>			
1. Responda las siguientes preguntas.			
a. ¿Es usted ciudadano estadounidense o dependiente de un ciudadano estadounidense?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Necesita recursos para satisfacer sus necesidades inmediatas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/> No
c. Regresó en un vuelo de evacuación coordinado por el gobierno de los Estados Unidos debido a desamparo, enfermedad, guerra, amenaza de guerra o una crisis similar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>Si la respuesta es sí, continúe con la Sección II.</i>			

<b>SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE</b>			
<i>Incluya documentación de respaldo.</i>			
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE			
2. Fecha y hora de ingreso al Centro de Repatriación de Emergencia (ERC)	3. ¿Es un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí: Omita los artículos 4 a 8; continúe con el 9 <input type="checkbox"/> No: Continúe con el artículo 4.	4. ¿Presenta la solicitud en nombre de un ciudadano estadounidense menor de 18 años? <input type="checkbox"/> Sí – Complete los artículos 5 a 8 <input type="checkbox"/> No – Omita los artículos 5 a 8; continúe con el artículo 9	
5. Apellido	6. Primer nombre	7. Segundo nombre	8. Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos
INFORMACIÓN DEL PRINCIPAL CIUDADANO SOLICITANTE DE ESTADOS UNIDOS			
9. Apellido	10. Primer nombre	11. Segundo nombre	12. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X
13. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	14. Número de Seguro Social	15. Número de pasaporte	16. País emisor del pasaporte
17 SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		18. Esta dirección es: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaria	
19. Dirección de correo electrónico	20. Número de teléfono	21. Aerolínea y número de vuelo	
22. Destino final (Ciudad, Estado)	23. País de origen de los repatriados	24. Ubicación del ERC (Aeropuerto/Estado)	

**SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE(S) ACOMPAÑANTE(S): PARASER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE***Incluya documentación de respaldo como pasaporte o cédulas de identidad.*

25. Número de miembros de la familia que viajan con usted: Adultos (inclúyase usted mismo) \_\_\_\_\_) Menores (menores de 18 años) \_\_\_\_\_

26. Complete esta información para cada dependiente. Después de completar esta información, pase a la Parte III.

27. DEPENDIENTE N.º 1. Si corresponde, indique si el dependiente es un  menor o  adulto incapacitado.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Ciudadanía
Documento de identidad País emisor _____ <input type="checkbox"/> Número de pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Número de identificación _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos

28. DEPENDIENTE N.º 2. Si corresponde, indique si el dependiente es un  menor o  adulto incapacitado.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Ciudadanía
Documento de identidad País emisor _____ <input type="checkbox"/> Número de pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Número de identificación _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos

29. DEPENDIENTE N.º 3. Si corresponde, indique si el dependiente es un  menor o  adulto incapacitado.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Ciudadanía
Documento de identidad País emisor _____ <input type="checkbox"/> Número de pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Número de identificación _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos

30. DEPENDIENTE N.º 4. Si corresponde, indique si el dependiente es un  menor o  adulto incapacitado.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Ciudadanía
Documento de identidad País emisor _____ <input type="checkbox"/> Número de pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Número de identificación _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos

31. DEPENDIENTE N.º 5. Si corresponde, indique si el dependiente es un  menor o  adulto incapacitado.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Número de Seguro Social	Ciudadanía
Documento de identidad País emisor _____ <input type="checkbox"/> Número de pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Número de identificación _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos

Comentarios

**SECCIÓN IV: FAMILIAR MÁS CERCANO O CONTACTO DE EMERGENCIA EN ESTADOS UNIDOS: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE**

32. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)

33. Información de contacto

Teléfono

Correo electrónico

34. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)

35. Información de contacto

Teléfono

Correo electrónico

**SECCIÓN V: EVALUACIÓN DE NECESIDADES: PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL ERC**36. Marque aquí si no necesita ayuda. 

37. Asistencia necesaria:

<input type="checkbox"/> Alimento	<input type="checkbox"/> Traductor
<input type="checkbox"/> Ropa y artículos de tocador	<input type="checkbox"/> Cuidado de los niños
<input type="checkbox"/> Refugio inmediato (hotel de corta estancia)	<input type="checkbox"/> Asistencia de capellán/Servicio religioso
<input type="checkbox"/> Vivienda (larga duración)	<input type="checkbox"/> Información de reubicación
<input type="checkbox"/> Asistencia financiera	<input type="checkbox"/> Servicios legales
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Necesidades relacionadas con la discapacidad
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):
<input type="checkbox"/> Asistencia de localización para otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):
<input type="checkbox"/> Transporte a destino final	<input type="checkbox"/> Otra (especificar):

38. Derivación al asistente social en el estado de destino final:  Sí  No

Estado/Territorio: \_\_\_\_\_

39. Observaciones adicionales

**DETÉNGASE AQUÍ. LLEVE ESTE FORMULARIO A UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL CENTRO DE REPATRIACIÓN DE EMERGENCIA PARA QUE LO COMPLETE.**

SECCIÓN VI: DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD: PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL ERC		
39. Confirme lo siguiente sobre el solicitante.		
a. ¿Hay un ciudadano estadounidense o un dependiente de un ciudadano estadounidense en la unidad familiar nuclear? <i>Si el solicitante no es ciudadano de los EE. UU. o dependiente de un ciudadano de los EE. UU., informe a la persona que no reúne los requisitos para recibir asistencia para la repatriación.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿El(los) solicitante(s) carece(n) de recursos (p. ej., fondos, transporte) inmediatamente disponibles para satisfacer sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿La persona solicita asistencia temporal a través del Programa de Repatriación de los Estados Unidos? <i>En caso afirmativo, explique el préstamo de repatriación y obtenga la firma del Acuerdo de Privacidad y Pago del Programa de Repatriación.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿La(s) persona(s) requerirá(n) asistencia en el destino final? <i>En caso afirmativo, asegúrese de que el estado del destino final figure en la Sección V, Pregunta n.º 37.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
40. Asegúrese de proporcionar la siguiente información al solicitante:		
a. Información sobre el Programa de Repatriación de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
b. Información sobre cómo solicitar una exención o un aplazamiento de su préstamo	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
c. Información sobre asistencia de repatriación en destino final	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
41. Verifique que se haya recopilado la siguiente documentación del solicitante.		
a. Copia del pasaporte estadounidense (solo información biográfica) u otra prueba de ciudadanía estadounidense adjunta a este formulario	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
b. Copia del pasaporte/documentos de identidad de cada dependiente	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
c. Acuerdo de Privacidad y Pago del Programa de Repatriación firmado	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No
42. Funcionario federal a cargo de la aprobación (nombre en letra de imprenta y firma)  Firma	43. Decisión <input type="checkbox"/> Aprobado  <input type="checkbox"/> Denegado	44. Fecha (DD/MM/AAAA)
45. Comentarios		

**SECCIÓN VII: ASISTENCIA PARA LA REPATRIACIÓN: PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE ERC**

El personal del ERC debe colocar sus iniciales en la línea de categoría de servicio correspondiente y, cuando corresponda, indicar la cantidad del servicio prestado. Una vez que se hayan organizado todos los servicios para el repatriado, conserve el formulario original y proporcione una copia de esta página al repatriado. Incluya la documentación de respaldo con la solicitud.

46. Se proporciona asistencia temporal. Complete cada fila y calcule el costo de cada tipo de asistencia.

Servicios	Costos				Total
Alojamiento	N.º de noches	N.º de habitaciones	Tarifa por noche en \$		\$ _____
	N.º de confirmación		Personal Iniciales	Solicitante Iniciales	
Asistencia en efectivo	N.º de personas que reciben tarjetas	N.º de días	N.º total de tarjetas	Valor de la tarjeta en \$__ Tarifa en \$____ Costo total/Tarjeta \$_____	\$ _____
	Últimos 4 dígitos de la(s) tarjeta(s) de efectivo			Iniciales del personal Solicitante Iniciales	
Viajar	Costo por boleto	N.º de personas/Boletos	Cargos adicionales por boleto		\$ _____
	N.º de confirmación		Personal Iniciales	Solicitante Iniciales	
Otro. Especifique.					\$ _____
_____					\$ _____
_____					\$ _____
_____					\$ _____
<b>COSTOS TOTALES ESTIMADOS</b>					<b>\$ _____</b>

47. Notas/Actualizaciones. Cualquier actualización requiere las iniciales del solicitante y del personal de admisión y la fecha.

**SECCIÓN VIII: INTÉRPRETE**

48: ¿Se utilizó un intérprete?

Sí     No

49. Nombre y afiliación del intérprete

**SECCIÓN IX: FIRMA: PARA SER COMPLETADO POR EL REPATRIADO DESPUÉS DE REUNIRSE CON EL PERSONAL DEL ERC**

Al firmar a continuación, certifico que la información que proporcioné en relación con este formulario es verdadera y correcta.

50. Nombre en letra de imprenta

51. Firma

52. Fecha (DD/MM/AAAA)

**SECCIÓN X: INFORMACIÓN DE SALIDA: PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE ERC**

53. Proporcionó copias de esta página y el Acuerdo de Repatriación y Privacidad firmado.

Sí     No

Acuerdo del repatriado

54. Hora de salida del ERC: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN GENERAL**

**Objetivo:** Este formulario es para que los ciudadanos estadounidenses y sus dependientes soliciten asistencia temporal del Programa de Repatriación de los Estados Unidos durante un incidente de repatriación de emergencia.

**Quién debe firmar este formulario:** Este formulario puede ser completado y firmado por:

- el repatriado en nombre propio y 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.

El personal de admisión en el centro de repatriación de emergencia (ERC) puede ayudarlo a completar el formulario.

**Cuándo enviarlo:** Los ciudadanos estadounidenses y sus dependientes que soliciten asistencia pueden solicitarla en el ERC o dentro de los 90 días de su llegada a los Estados Unidos. Este formulario debe completarse tan pronto como el solicitante determine que necesita asistencia temporal antes del final del período de elegibilidad.

**Dónde enviarlo:** Este formulario y todos los documentos de respaldo deben entregarse al personal del ERC o a la entidad designada.

**Descargo de responsabilidad :** El personal autorizado de la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos hace todas las determinaciones de elegibilidad.

El Título 18 del Código de los Estados Unidos 1001 establece que una persona que “a sabiendas y deliberadamente: (1) falsifica, oculta o encubre mediante cualquier truco, esquema o dispositivo un hecho material; (2) hace declaraciones o representaciones materialmente falsas, ficticias o fraudulentas; o (3) hace o usa cualquier escrito 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: AUTOEVALUACIÓN/VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

**Artículo 1. Responda las siguientes preguntas.** Marque

la casilla “Sí” o “No” para los artículos A., B y C. Si marca “Sí” en todo, continúe con la Sección II. Si respondió “No” a cualquiera de estas tres preguntas, deténgase aquí y hable con un miembro del personal del Centro de Repatriación de Emergencia (ERC).

### **SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

**Artículo 2. Fecha y hora de ingreso al ERC.** Proporcione la fecha y la hora aproximada en que ingresó al ERC.

**Artículo 3. ¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?** Indique si es ciudadano estadounidense marcando la casilla “Sí” o “No” correspondiente. Marque solo una casilla. Si es ciudadano de los EE. UU., omita los artículos 4 a 8. Si no es ciudadano estadounidense, continúe con el artículo 4.

**Artículo 4. ¿Presenta la solicitud en nombre de un ciudadano estadounidense menor de 18 años?**

- Si usted es un ciudadano de los EE. UU. que no presenta una solicitud en nombre de un menor ciudadano de los EE. UU., marque "No" y omita los artículos 5 a 8 y vaya al artículo 9.
- Si no es ciudadano de los EE. UU. y presenta la solicitud como persona responsable en nombre de un ciudadano menor de 18 años, marque "Sí" y llene los artículos 5 a 8. Adicionalmente, enumere a la “Persona responsable” como Dependiente en la Sección III.
- Si no es ciudadano de los EE. UU. ni dependiente de un ciudadano de los EE. UU., no complete la solicitud y hable con un miembro del personal de ERC.

**Artículo 5. Apellido.** Introduzca el apellido de la persona responsable que no sea ciudadano estadounidense.

**Artículo 6. Primer nombre.** Introduzca el nombre de la persona responsable que no sea ciudadano estadounidense.

**Artículo 7. Segundo nombre.** Introduzca el segundo nombre de la persona responsable que no sea ciudadano estadounidense. Si no hay segundo nombre, introduzca "NMN".

**Artículo 8. Relación con el principal ciudadano solicitante de Estados Unidos.** Indique la relación de la persona responsable que llena el formulario con el solicitante ciudadano estadounidense (ejemplo: padre, tutor legal).

**Artículo 9. Apellido.** Introduzca el apellido del solicitante ciudadano estadounidense.

**Artículo 10. Primer nombre.** Introduzca el primer nombre del solicitante ciudadano estadounidense.

**Artículo 11. Segundo nombre.** Introduzca el segundo nombre del solicitante de ciudadanía estadounidense. Si no hay segundo nombre, introduzca "NMN".

**Artículo 12. Género.** Marque la selección adecuada.

**Artículo 13. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA).** Introduzca la fecha de nacimiento del ciudadano estadounidense. Utilice el formato de dos dígitos para día y mes, y cuatro dígitos para el año.

**Artículo 14. Número de Seguro Social.** Introduzca el número de Seguro Social del ciudadano estadounidense.

**Artículo 15. Número de pasaporte.** Introduzca el número de Seguro Social del ciudadano estadounidense.

**Artículo 16. País emisor.** Introduzca el país emisor del pasaporte del ciudadano estadounidense.

**Artículo 17. Programa Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal).** Introduzca la dirección principal en EE. UU. Incluya el número de apartamento/unidad si corresponde.

**Artículo 18. Esta dirección es.** Indique si esta dirección es temporal (menos de seis meses) o permanente (más de seis meses).

**Artículo 19. Dirección de correo electrónico.** Introduzca la dirección de correo electrónico principal para enviar comunicaciones sobre el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

**Artículo 20. Número de teléfono.** Introduzca el número de teléfono principal para comunicarnos con usted con respecto a su participación (o de la familia) en el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

**Artículo 21. Aerolínea y número de vuelo.** Introduzca la aerolínea y el número de vuelo del país de regreso al destino final en los EE. UU. Si fue un vuelo fletado por militares, introduzca los detalles, si es posible.

**Artículo 22. Destino final (Ciudad, Estado).** Introduzca la ciudad y el estado de su destino final (el de su familia) (p. ej., Raleigh, NC o Baltimore, MD).

**Artículo 23. País desde el que se repatrió.** Introduzca el país desde el que se repatrió.

**Artículo 24. ERC (Aeropuerto/Estado).** Introduzca el nombre del aeropuerto y el estado del ERC en el que se encuentra.

### SECCIÓN III: DEPENDIENTES ACOMPAÑANTES

**Artículo 25. Número de miembros de la familia que viajan con usted.** En los espacios proporcionados, indique el número de adultos, incluido usted mismo, y el número de menores incluidos en esta solicitud.

**Artículo 26. Complete esta información para cada dependiente.** Escriba al dorso de este formulario si necesita incluir más de cinco (5) dependientes.

**Artículo 27. Dependiente n.º 1.** Indique si el dependiente es un menor de edad o un adulto incapacitado marcando la casilla correspondiente. Introduzca el nombre completo, la fecha de nacimiento, el SSN, la ciudadanía, la relación con el solicitante principal y el tipo y número de identificación del documento de identidad en los espacios proporcionados. Indique si el dependiente es hombre, mujer o X marcando la casilla correspondiente.

**Artículo 28. Dependiente n.º 2.** Consulte las instrucciones para el artículo 27.

**Artículo 29. Dependiente n.º 3.** Consulte las instrucciones para el artículo 27.

**Artículo 30. Dependiente n.º 4.** Consulte las instrucciones para el artículo 27.

**Artículo 31. Dependiente n.º 5.** Consulte las instrucciones para el artículo 27.

### SECCIÓN IV: FAMILIAR O CONTACTO DE EMERGENCIA EN Estados Unidos

**Artículo 32. Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre).** Introduzca el nombre de una persona que sabrá cómo ponerse en contacto con los repatriados en caso de que surja la necesidad.

**Artículo 33. Información de contacto.** Introduzca la mejor información de contacto para el contacto de emergencia.

**Artículo 34. Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre).** Introduzca el nombre de una persona que sabrá cómo ponerse en contacto con los repatriados en caso de que surja la necesidad.

**Artículo 35. Información de contacto.** Introduzca la mejor información de contacto para el contacto de emergencia.

## **SECCIÓN V: EVALUACIÓN DE NECESIDADES**

**Artículo 36. Marque aquí si no se necesitan servicios.** Si no necesita servicios, coloque una "X" en la casilla correspondiente.

**Artículo 37. Se necesita asistencia.** Si requiere asistencia, coloque una "X" en la casilla junto a cada servicio requerido.

**Artículo 38. Derivación al asistente social en el estado de destino final:** Si usted (y su familia) anticipan que necesitarán asistencia en su estado de destino final, coloque una "X" en la casilla "Sí" provista. Si no prevé necesitar asistencia en el estado de destino final, coloque una "X" en la casilla "No" provista.

**DETÉNGASE AQUÍ. LLEVE ESTE FORMULARIO A UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL CENTRO DE REPATRIACIÓN DE EMERGENCIA PARA QUE LO COMPLETE.**

## **SECCIÓN VI: DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

**Artículo 39. Confirme lo siguiente sobre el solicitante.** Coloque una "X" en las columnas "S" o "N" para A a D.

**Artículo 40. Asegúrese de proporcionar la siguiente información al solicitante.** Coloque una "X" en las columnas "S" o "N" para A a C.

**Artículo 41. Verifique que el solicitante haya recopilado la siguiente documentación.** Coloque una "X" en las columnas "S" o "N" para A a C.

**Artículo 42. Funcionario federal a cargo de la aprobación (nombre en letra de imprenta y firma).** El oficial de aprobación federal (designado por OHSEPR) escribirá su nombre en letra de imprenta y firmará aquí.

**Artículo 43. Decisión.** El oficial de aprobación federal indicará si el solicitante es elegible o no colocando una "X" en la casilla "Aprobado" o "Denegado".

**Artículo 44. Fecha (DD/MM/AAAA).** El oficial a cargo de la aprobación federal indicará la fecha de hoy aquí.

**Artículo 45. Comentarios.** Incluya cualquier comentario, pregunta o nota aquí, si corresponde.

## **SECCIÓN VII: ASISTENCIA PARA LA REPATRIACIÓN**

**Artículo 46. Se proporciona asistencia temporal.** Proporcione detalles de cada espacio proporcionado para alojamiento, asistencia en efectivo y viajes.

Indique los costos y el total en dólares estadounidenses. Use el espacio "Otro" para enumerar otros costos, según sea necesario. Los costos que no sean alojamiento, asistencia en efectivo o viajes deberán ser aprobados individualmente por el funcionario federal a cargo de la aprobación (por ejemplo, productos farmacéuticos o acompañantes). Una vez que se complete la tabla y se haya explicado, acordado y proporcionado la asistencia temporal, el adulto responsable/solicitante ciudadano de los EE. UU. y el miembro del personal de admisión deben poner sus iniciales en las casillas provistas. Incluya documentación de respaldo, como recibos y comprobantes firmados por el repatriado elegible.

**Artículo 47. Notas/Actualizaciones.** Si el adulto responsable/solicitante ciudadano de los EE. UU. necesita hacer algún ajuste a la asistencia temporal previamente acordada, cualquier actualización debe incluirse aquí. Incluya detalles, costos, fecha e iniciales tanto del miembro del personal de admisión como del adulto responsable/solicitante ciudadano estadounidense para confirmar los cambios.

## **SECCIÓN VIII: INTÉRPRETE**

**Artículo 48. ¿Se utilizó un intérprete?** Coloque una "X" en la casilla "Sí" o "No" para indicar si se utilizó un intérprete.

**Artículo 49. Nombre y afiliación del intérprete.** Si se utilizó un intérprete, proporcione su nombre completo y afiliación.

## **PARTE IX: FIRMA.**

**Artículo 50. Nombre en letra de imprenta.** La persona responsable/el solicitante ciudadano de EE. UU. debe escribir su nombre aquí después de reunirse con el personal de ERC, realizar su evaluación de admisión y recibir asistencia temporal.

**Artículo 51. Firma.** La persona responsable/el solicitante ciudadano estadounidense debe firmar aquí para certificar que la información proporcionada en este formulario y en relación con este es verdadera y correcta.

**Artículo 52. Fecha (DD/MM/AAAA).** Proporcione la fecha de la firma. Utilice el formato de dos dígitos para día y mes, y cuatro dígitos para el año.

## **SECCIÓN X: INFORMACIÓN DE SALIDA**

**Artículo 53. El repatriado recibió copias.** Coloque una "X" en las columnas "S" o "N".

**Artículo 54. Hora de salida del ERC.** Indique la hora aproximada en que los repatriados salieron del ERC.