

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR REPATRIACIÓN DE RUTINA DEL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA			
1. Nombre y dirección de la agencia		2. Tipo de agencia <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios locales	
SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO			
3. Número de caso	4. Estado del caso <input type="checkbox"/> Abierto <input type="checkbox"/> Cerrado	5. Período de solicitud de reclamo DD/MM/AAAA Desde: ___/___/___ A: ___/___/___	6. Tipo de reclamo <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Cancelar/Reembolsar
7. Nombre del repatriado	8. SSN del repatriado	9. Nombre de dependiente 1. 2. 3. 4. 5.	10. Composición del caso: Número total: Adultos: Menores:
11. Dirección actual del repatriado		12. Información de contacto del repatriado Teléfono Correo electrónico	
SECCIÓN III: COSTOS			
13. Costos para el(los) repatriado(s)			
Costos	Total	Costos	Total
Pagos de dinero		Costos administrativos	
Atención médica		Otra (especificar):	
Alojamiento temporal		Otra (especificar):	
Transporte		Otra (especificar):	
Servicios de escolta		Total	
14. Comentarios adicionales			
SECCIÓN IV: FIRMA			
<p><i>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, Sección 1001) También certifico que los costos identificados se han realizado de acuerdo con la Sección 1313 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, 45 CFR 211, 45 CFR 212, 45 CFR Parte 75 y los procedimientos prescritos para el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.</i></p>			
15. Nombre y cargo del funcionario de la agencia (en letra de imprenta) Nombre Título	16. Información de contacto Teléfono Correo electrónico		
17 Firma	18. Fecha (DD/MM/AAAA)		

LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE 1995 (L. Pub. 104-13) DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: El propósito de esta recopilación de información es que los estados soliciten reembolso por proporcionar asistencia temporal de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos. 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 obtener el reembolso por proporcionar 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 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.

INFORMACIÓN GENERAL

Objetivo: El propósito de este formulario es que los proveedores de servicios estatales y locales presenten solicitudes de reembolso por brindar asistencia temporal a los repatriados de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Quién debe completar este formulario: Este formulario debe ser completado por agencias estatales designadas y proveedores de servicios locales.

Cuándo enviarlo: Las reclamaciones se pueden enviar de forma continua y deben enviarse mensualmente. Todas las solicitudes de reembolso deben presentarse a más tardar 30 días después del cierre del caso. Las solicitudes presentadas después de un año a partir de la fecha de cierre del caso no serán reembolsadas.

Dónde enviarlo: El formulario firmado con la documentación de respaldo debe enviarse 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”.

1. Las agencias estatales o los proveedores de servicios locales pueden presentar un formulario único para informar los costos y reclamar el reembolso de la asistencia temporal brindada en un caso de repatriación (individual o familiar) en los Estados Unidos.

2. OHSEPR solo reembolsará los costos razonables, permitidos y asignables incurridos como resultado de la asistencia temporal brindada a ciudadanos estadounidenses y sus dependientes en los Estados Unidos después de que el Departamento de Estado los devuelva desde un país extranjero.

3. El reembolso depende de la presentación adecuada y oportuna de un reclamo financiero completo, que incluye la documentación de respaldo necesaria.

4. El reembolso depende de la disponibilidad de fondos del Programa de Repatriación de los Estados Unidos y la admisibilidad de cada costo según la

Sección 1313 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, las reglamentaciones de implementación en 45 CFR Partes 211 y 212, y las reglamentaciones generales de administración de subvenciones en 45 CFR Parte 75, particularmente la subparte E: Principios de costos.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

Artículo 1. Nombre/Dirección de la agencia.

Proporcione el nombre de la agencia estatal solicitante y la dirección completa, incluidos calle, número de suite (si corresponde), ciudad, estado y código postal.

Artículo 2. Tipo de agencia. Marque todo lo que corresponda.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO

Artículo 3. Número de caso. Proporcione el número de caso asociado con este caso.

Artículo 4. Estado del caso. Seleccione una de las dos casillas para indicar si el caso está "cerrado" o "abierto".

Artículo 5. Período de solicitud de reclamación (DD/MM/AAAA). Proporcione la fecha en que se abrió el caso y la fecha de cierre. Si el caso aún está abierto, escriba "presente".

Artículo 6. Tipo de reclamo. Seleccione una de las cuatro casillas para indicar si la solicitud es inicial, provisional, final o cancelación/reembolso.

Artículo 7. Nombre del repatriado. Proporcione el nombre completo del repatriado.

Artículo 8. Número de Seguro Social. Proporcione el número de Seguro Social de nueve dígitos del repatriado.

Artículo 9. Nombres de los dependientes. Enumere los nombres de los dependientes. Si hay más de cinco, utilice una hoja de papel aparte.

Artículo 10. Composición del caso. Proporcione el número total de personas en este caso, incluido el solicitante. Indique el número de menores y adultos en el espacio previsto.

Artículo 11. Dirección actual del repatriado. Proporcione la dirección actual del repatriado.

Artículo 12. Información de contacto del repatriado.

Proporcione el correo electrónico y el número de teléfono preferidos para contactar al repatriado, incluido el código de área.

SECCIÓN III: COSTOS

Artículo 13. Costos para el(los) repatriado(s). Indique el monto en dólares proporcionado al repatriado por cada tipo de costo por el cual el estado solicita el reembolso. También, proporcione el monto total combinado de los costos. Se requiere documentación de respaldo para todos los costos. Si se requirió y recibió la aprobación previa de OHSEPR, proporcione la documentación correspondiente. Incluya cualquier comentario adicional, según sea necesario, en el espacio provisto.

Pagos de dinero: Los comprobantes firmados y las copias del cheque pagado pueden servir como documentación de respaldo.

Atención médica: Proporcione facturas y recibos pagados por los costos cubiertos.

Alojamiento temporal: Proporcione factura y recibo.

Transporte: Proporcione comprobantes y recibos firmados (p. ej., comprobante firmado para boleto de autobús, recibo de taxi).

Servicios de escolta: Proporcione facturas, recibos y aprobaciones previas de OHSEPR.

Costos administrativos: Incluya declaraciones de respaldo, como notas, facturas y recibos de los asistentes sociales (p. ej., recibo de estacionamiento, taxi).

Otro: Identifique el tipo de asistencia temporal.

Proporcione documentación de respaldo que detalle la asistencia, el recibo por el monto pagado y aprobaciones previas de OHSEPR si corresponde.

Artículo 14. Comentarios adicionales. Utilice este espacio para proporcionar más información, si es necesario.

SECCIÓN IV: FIRMA

Artículo 15. Nombre y cargo del funcionario de la agencia. Escriba el nombre completo y el cargo del funcionario de la agencia.

Artículo 16. Información de contacto. Proporcione la dirección de correo electrónico y el número de teléfono del signatario.

Artículo 17. Firma. Firme en el espacio provisto para confirmar que la información proporcionada en el documento es verdadera, completa y precisa, y que los costos identificados se han realizado de acuerdo con 45 CFR 211 y 45 CFR 212, y las políticas del Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Artículo 18. Fecha (DD/MM/AAAA). Proporcione la fecha de la firma con el formato de dos dígitos para el día y mes, y cuatro dígitos para el año.