

美国遣返计划拒绝临时援助

第一部分：介绍

美国遣返计划为因贫困、疾病、战争、战争威胁、入侵或类似危机而由美国国务院从外国返回美国的美国公民及其受抚养人；且无法立即获得满足其需求的资源的人士提供临时援助。提供临时援助的全部费用必须偿还给美国政府，除非已向美国卫生与公众服务部/儿童和家庭管理局/公共服务应急准备和响应办公室申请并批准豁免。

第二部分：拒绝美国遣返计划的临时援助

我了解我收到的有关
美国遣返计划下的临时援助的口头和书面信息，我拒绝此类援助。

第三部分：签名

1.我是：

符合美国遣返计划资格的个人并拒绝援助

授权代表（与个人的关系_____）

2.姓名（姓氏、名字、中间名）

3.出生日期 (MM/DD/YYYY)

4.从哪国返回

5.签名

6.日期 (MM/DD/YYYY)

7.证人（正楷书写）

8.日期 (MM/DD/YYYY)

9.注：

1995年减少文书工作法案 (b.L.104-13) 公共负担声明：收集此信息的目的是为拒绝美国遣返计划下的临时援助。这种信息收集的公开报告负担估计平均为每位受访者 0.05 小时，包括审查说明、收集和维持所需数据以及审查信息收集的时间。此信息收集是自愿的（42 U.S.C. 第 1313 节）。除非显示当前有效的 OMB 控制编号，否则机构不得根据 1995 年《减少文书工作法》的要求收集或发起信息收集，并且个人无需回应收集信息。OMB 编号为 0970-0474，到期日期为 06/30/2025。如您对本次信息收集有任何意见，请联系美国遣返计划，330 C St. SW, Washington, 20201.

本表格中提供的个人信息只能出于计划目的或在 45 CFR 211.14 或 212.9 规定的条件下披露。

一般信息

目的：对于有资格参与美国遣返计划的个人选择不通过美国遣返计划下的临时援助。

对于案件工作者或服务提供商：在获得

个人在此表格上的签名之前，请确认签名者是具有足够识字能力和语言能力以理解此表格的成年人。不应要求具有可能妨碍其理解和/或完成本表格的精神和身体状况的人士签名。

谁应该签署此表格：此表格可由以下人员填写并签名：

- 代表自己和受抚养人的个人；
- 未成年子女的成年代表（父母、监护人或法定代表）；或者
- 精神或身体受损的成年人的成年代表。

提交地点：将签名的副本返回给您的遣返案件工作者。

具体说明 第三部分：

签名

第 1 项。根据填写表格的人员勾选方框。如果个人在拒绝协助后拒绝填写表格，案件工作者应在第 9 项中注明。

第 2 项。姓名（姓氏、名字、中间名）。以正楷书写姓名，格式为姓氏、名字和中间名。

第 3 项。出生日期 (MM/DD/YYYY)。将符合条件的人的出生日期输入为两位数的日期和月份以及四位数的年份。

第 4 项。从哪国返回。提供个人从该处返回的主要国家/地区的名称。这包括机场中转国家。

第 5 项。签名。个人签名以表明他们已获得有关美国遣返计划的信息并选择不接受该计划的援助。

第 6 项。日期 (MM/DD/YYYY)。输入两位数的日期和月份以及四位数的年份作为日期。

第 7 项。证人（正楷书写）。证人姓名的格式为姓氏、名字、中间名首字母。

第 8 项。日期 (MM/DD/YYYY)。输入两位数的日期和月份以及四位数的年份作为日期。

第 9 项。注释。如有必要，包括注释。