

RECHAZO DE ASISTENCIA TEMPORAL DEL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN

El Programa de Repatriación de los Estados Unidos brinda asistencia temporal a ciudadanos estadounidenses y sus dependientes devueltos por el Departamento de Estado de un país extranjero a los Estados Unidos debido a indigencia, enfermedad, guerra, amenaza de guerra, invasión o crisis similar; y que carecen de recursos inmediatamente accesibles para satisfacer sus necesidades. El costo total de la asistencia temporal proporcionada debe reembolsarse al gobierno de los Estados Unidos, a menos que se haya solicitado y aprobado una exención por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/la Administración para Niños y Familias/la Oficina de Preparación y Respuesta ante Emergencias de Servicios Humanos.

SECCIÓN II: RECHAZO DE ASISTENCIA TEMPORAL DEL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS

Entiendo la información que he recibido, verbalmente y por escrito, sobre la asistencia temporal disponible en virtud del Programa de Repatriación de los Estados Unidos, y rechazo la asistencia.

SECCIÓN III: FIRMA

1. Soy:

- una persona elegible para el Programa de Repatriación de los Estados Unidos y rechazo la asistencia
 un representante autorizado (relación con el individuo _____)

2. Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)

3. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

4. País de origen

5. Firma

6. Fecha (DD/MM/AAAA)

7. Testigo (Letra de imprenta)

8. Fecha (DD/MM/AAAA)

9. Notas:

LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE 1995 (L. Pub. 104-13) DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: El propósito de esta recopilación de información es rechazar la 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 0,05 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 voluntaria (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.

La información personal proporcionada en este formulario solo puede divulgarse para fines del programa o en virtud de las condiciones prescritas en 45 CFR 211.14 o 212.9.

INFORMACIÓN GENERAL

Objetivo: Que las personas elegibles para el Programa de Repatriación de los Estados Unidos opten por no recibir asistencia temporal a través del Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Para el asistente social o proveedor de servicios:

Antes de obtener la firma de la persona en este formulario, verifique que el firmante sea un adulto con suficiente nivel de alfabetización y habilidades lingüísticas para comprender este formulario. Las personas con condiciones mentales y físicas que les impidan comprender o completar este formulario no deben estar obligadas a firmarlo.

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

- una persona en nombre de sí misma y 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.

Dónde enviarlo: Devuelva la copia firmada a su asistente social de repatriación.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

SECCIÓN III: FIRMA

Artículo 1. Marque la casilla según quién esté completando el formulario. Si la persona se niega a completar el formulario después de rechazar la asistencia, un asistente social debe anotarlo en el Artículo 9.

Artículo 2. Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre). Escriba el nombre formateado como apellido, nombre y segundo nombre.

Artículo 3. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA). Introduzca la fecha de nacimiento de la persona elegible con el formato de dos dígitos para el día y el mes, y cuatro dígitos para el año.

Artículo 4. País de origen. Proporcione el nombre del país principal del que regresa la persona. Esto no incluye los países de escala en aeropuertos.

Artículo 5. Firma. Firma del individuo para indicar que se le ha proporcionado información sobre el Programa de Repatriación de los Estados Unidos y ha optado por NO recibir asistencia de este Programa.

Artículo 6. Fecha (DD/MM/AAAA). Introduzca la fecha con el formato dos dígitos para día y mes, y cuatro dígitos para el año.

Artículo 7. Testigo (Letra de imprenta). Formatee el nombre del testigo como apellido, nombre, inicial del segundo nombre.

Artículo 8. Fecha (DD/MM/AAAA). Introduzca la fecha con el formato dos dígitos para día y mes, y cuatro dígitos para el año.

Artículo 9. Notas Incluya notas, si es necesario.