

PROGRAMA DE ACUERDO DE PRIVACIDAD Y PAGO DEL PROGRAMA DE REPATRIACIÓN

LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE 1995 (L. Pub. 104-13) DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: El propósito de esta recopilación de información es que el repatriado acepte asistencia temporal de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos; acepte reembolsar al HHS por la asistencia temporal; y permita que HHS comparta información personal con fines de beneficios. La carga de información pública para esta recopilación se estima en un promedio de 0,17 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.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO			
1. Apellido del repatriado	2. Nombre del repatriado	3. Segundo nombre del repatriado	
4. Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			
5. Número de Seguro Social	6. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	7. Número de teléfono	8. Dirección de correo electrónico
SECCIÓN II: ACEPTACIÓN DE ACUERDO DE SERVICIOS DE REPATRIACIÓN Y REEMBOLSO			
<p>9. Acuerdo de Reembolso y Servicios de Repatriación</p> <p>Acepto recibir asistencia temporal en los EE. UU. Repatriación de los Estados Unidos. Entiendo que debo reembolsar al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos por toda la asistencia financiera, médica, de alojamiento, transporte y otra asistencia temporal que recibí a través del Programa de Repatriación de los Estados Unidos, a menos que la Oficina de Preparación y Respuesta ante Emergencias de Servicios Humanos (OHSEPR, por sus siglas en inglés) me conceda una exención. Entiendo que HHS me facturará directamente y acepto reembolsar a HHS esta cantidad en su totalidad. El pago total vence 30 días después de la facturación. Si pago a plazos o estoy atrasado en el pago, se acumulará el interés a la tasa actual fijada por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos para préstamos privados de consumo en la porción no pagada, además de cualquier cargo y multa. Hasta que pague el monto total, acepto informar todos los cambios en mi dirección al HHS en 330 C Street SW, Washington D.C. 20201, Atención: Programa de Repatriación de los Estados Unidos. Todos los pagos deben enviarse a HHS - Program Support Center, Accounting Services - Debt Collection Center, 7700 Wisconsin Avenue, Suite 8310-A, Bethesda, Maryland 20857; Correo electrónico: PSCDebtServicing@psc.hhs.gov; Teléfono: 301-492-4664.</p>			
<p>10. Declaración de la Ley de Privacidad</p> <p>Autorizo al Programa de Repatriación de los Estados Unidos (Programa) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) a recopilar y mi información de identificación personal (PII) y a acceder a esta, incluida mi información en este formulario y los siguientes formularios del Programa: Solicitud de elegibilidad de repatriación de emergencia (RR-01), Solicitud de exención y aplazamiento de préstamo (RR-03), Solicitud de reembolso de repatriación de rutina (RR-04) y Solicitud de extensión de asistencia temporal (RR-07), según corresponda. Autorizo al Programa a divulgar mi PII a otras agencias federales y estatales, concesionarios, proveedores de servicios, contratistas u organizaciones privadas, si es necesario para que el HHS cumpla con sus responsabilidades en virtud de la Sección 1313 del Título 42 del Código de los Estados Unidos y las Secciones 321 a 329 del Título 24 del Código de los Estados Unidos, o para permitir que otra agencia federal lleve a cabo cualquier función relacionada con mi regreso de un país extranjero a los Estados Unidos, o según lo autorizado expresamente por el personal apropiado del HHS, de conformidad con 45 CFR 211.14 y 45 CFR 212.9. Proporcionar esta información es voluntario; sin embargo, si no lo hace, el HHS no podrá brindar asistencia.</p>			
SECCIÓN III: FIRMA DEL REPATRIADO/REPRESENTANTE AUTORIZADO			
<p><i>Al firmar este documento, certifico que entiendo y acepto todos los términos y condiciones del Acuerdo de Pago y entiendo la Declaración de la Ley de Privacidad y certifico que la información que proporcioné en este formulario es verdadera, completa y precisa 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)</i></p>			
11. Firma	12. Fecha (DD/MM/AAAA)		

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI CORRESPONDE)			
13. Apellido del representante	14. Nombre del representante	15. Segundo nombre del representante	
16. Relación con el repatriado	17 Número de teléfono	18. Dirección de correo electrónico	
SECCIÓN V: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL REPATRIADO (VOLUNTARIO).			
<i>Marque las casillas correspondientes con una "X" que correspondan a cada pregunta. Todas las respuestas son voluntarias.</i>			
19. Raza <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____	20. Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o latino: una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, dominicano, sudamericano o centroamericano, u otro cultura u otro origen español, independientemente de su raza <input type="checkbox"/> No hispano o latino	21. Estado civil <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
22. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	23. Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	24. ¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25. ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique: _____
26. Nivel de educación más alto alcanzado <input type="checkbox"/> Escuela primaria (de jardín de infantes a 8.º grado) <input type="checkbox"/> Algunos estudios de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algunos estudios de educación superior <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Título universitario avanzado (p. ej., Maestría) <input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional (p. ej., PhD, JD, MD)	27. Ingreso anual del hogar <input type="checkbox"/> De \$0 a \$10 000 <input type="checkbox"/> De \$10 001 a \$25 000 <input type="checkbox"/> De \$25 001 a \$50 000 <input type="checkbox"/> De \$50 001 a \$75 000 <input type="checkbox"/> \$75 001 y más	28. ¿Cómo se enteró del Programa de Repatriación de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Volante en el aeropuerto <input type="checkbox"/> Amigo o Familiar <input type="checkbox"/> Sitio de evacuación en el extranjero <input type="checkbox"/> Empleado del gobierno <input type="checkbox"/> Otro: _____	

INFORMACIÓN GENERAL

Objetivo: Este formulario es para que el repatriado acepte asistencia temporal de conformidad con el Programa de Repatriación de los Estados Unidos; acepte reembolsar al HHS por la asistencia temporal; y permita que HHS comparta información personal con fines de beneficios.

Quién debe completar 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.

Cuándo enviarlo : Tan pronto como una persona elegible decida solicitar asistencia temporal, pero a más tardar 90 días a partir de la fecha de llegada del repatriado a los Estados Unidos desde un país extranjero.

Dónde enviarlo: Devuelva la copia firmada del formulario a su asistente social.

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 escrito o documento falso sabiendo que contiene cualquier declaración o entrada materialmente falsa, ficticia o fraudulenta será multada en virtud de este título, encarcelada no más de 5 años... o ambos".

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

SECCIÓN I: INFORMACIÓN SOBRE EL REPATRIADO

Artículo 1. Apellido del repatriado. Introduzca el apellido del repatriado.

Artículo 2. Nombre del repatriado. Introduzca el primer nombre del repatriado.

Artículo 3. Segundo nombre del repatriado. Introduzca el segundo nombre del repatriado. Si no tiene segundo nombre, escriba "NMM".

Artículo 4. Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal). Introduzca la dirección del repatriado en Estados Unidos. Incluya el número de apartamento/unidad si corresponde.

Artículo 5. Número de Seguro Social. Introduzca el número de Seguro Social del repatriado.

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

Artículo 7. Número de teléfono. Introduzca el número de teléfono principal para comunicarse con respecto a la participación en el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Artículo 8. Dirección de correo electrónico. Introduzca la dirección de correo electrónico principal para enviar comunicaciones sobre el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

SECCIÓN II: ACEPTACIÓN DE ACUERDO DE SERVICIOS DE REPATRIACIÓN Y REEMBOLSO

Artículos 9 y 10. Acuerdo de Servicios de Repatriación y Pago y Declaración de la Ley de Privacidad. Léalo en su totalidad.

SECCIÓN III: FIRMA DEL REPATRIADO/REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Artículo 11. Firma. Firme para indicar que comprende y acepta todos los términos y condiciones del Acuerdo de Pago y la Declaración de la Ley de Privacidad y para certificar que la información provista en este formulario es correcta.

Artículo 12. 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 IV: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI CORRESPONDE)

Artículo 13. Apellido del representante. Introduzca el apellido del representante autorizado.

Artículo 14. Nombre del representante. Introduzca el apellido del representante autorizado.

Artículo 15. Segundo nombre del representante. Introduzca el segundo nombre del representante autorizado. Si no tiene segundo nombre, escriba "NMM".

Artículo 16. Relación. Indique la relación del representante autorizado con el ciudadano estadounidense (ejemplo: padre, tutor legal).

Artículo 17. Número de teléfono. Introduzca el número de teléfono principal para comunicarse con respecto a la participación en el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Artículo 18. Dirección de correo electrónico. Introduzca la dirección de correo electrónico principal para enviar comunicaciones sobre el Programa de Repatriación de los Estados Unidos.

Artículos 19 a 28. Información demográfica. Estas preguntas son voluntarias. Seleccione la(s) casilla(s) apropiada(s).