

ПРОГРАММА РЕПАТРИАЦИИ США
ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ НА ОБЫЧНУЮ РЕПАТРИАЦИЮ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ ОБ АГЕНТСТВЕ			
1. Название и адрес агентства		2. Тип агентства <input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Местный поставщик услуг	
РАЗДЕЛ II: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ			
3. Номер дела	4. Состояние дела <input type="checkbox"/> Открыто <input type="checkbox"/> Закрыто	5. Период запроса требования ММ/ДД/ГГГГ От: ___/___/___ До: ___/___/___	6. Тип заявления <input type="checkbox"/> Исходная <input type="checkbox"/> Промежуточная <input type="checkbox"/> Финальная <input type="checkbox"/> Отмена / Возврат
7. Имя репатрианта	8. Номер SSN репатрианта	9. Имя иждивенца 1. 2. 3. 4. 5.	10. Общее количество людей в деле: Взрослые: Несовершеннолетние:
11. Текущий адрес репатрианта		12. Контактная информация репатрианта Телефон Электронная почта	
РАЗДЕЛ III: РАСХОДЫ			
13. Расходы на репатрианта(ов)			
Расходы	Всего	Расходы	Всего
Денежные платежи		Административные издержки	
Медицинская помощь		Другое (указать):	
Временное жилье		Другое (указать):	
Транспорт		Другое (указать):	
Услуги по сопровождению		Всего	
14. Дополнительные комментарии			
РАЗДЕЛ IV: ПОДПИСЬ			
<i>Подписывая этот документ, я подтверждаю, что он является достоверным, полным и точным, насколько мне известно. Я осознаю, что любая ложная, фиктивная или мошенническая информация может повлечь за собой уголовное, гражданское или административное наказание. (Кодекс США, раздел 18, параграф 1001) Я также подтверждаю, что указанные расходы были произведены в соответствии с 42 U.S.C. 1313, 45 CFR 211, 45 CFR 212, 45 CFR, часть 75 и процедурами, предписанными для Программы репатриации США.</i>			
15. Имя и должность сотрудника агентства (напечатать) Имя Должность		16. Контактная информация Телефон Электронная почта	
17. Подпись			18. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

ЗАКОН 1995 г. О СОКРАЩЕНИИ БУМАЖНОЙ РАБОТЫ (b. L. 104-13) ЗАЯВЛЕНИЕ О ГОСУДАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ: Цель данного сбора информации заключается в том, чтобы штаты запрашивали возмещение за предоставление временной помощи в рамках Программы репатриации США. Затрата времени, связанного с представлением информации, оценивается в среднем 0,3 часа на одного респондента, включая время на изучение инструкций, сбор и сохранение необходимых данных, а также проверку сбора информации. Этот сбор информации требуется для получения возмещения за предоставление временной помощи (42 U.S.C. параграф 1313). Агентство не может руководить или спонсировать, а лицо не обязано отвечать за сбор информации, подпадающей под требования Закона 1995 года о сокращении бумажной работы, если оно не имеет действующего контрольного номера OMB. Номер OMB 0970-0474, срок действия 30/06/2025. Если у вас есть какие-либо комментарии по этому сбору информации, свяжитесь с U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель: Цель данной формы - предоставление поставщиками услуг на уровне штата и на местном уровне заявок на возмещение расходов за предоставление временной помощи репатриантам в соответствии с Программой репатриации США.

Кто должен заполнять эту форму: Эта форма должна быть заполнена уполномоченными государственными учреждениями и местными поставщиками услуг.

Когда подавать: Заявления могут подаваться на постоянной основе и должны посылаться ежемесячно. Все запросы на возмещение должны быть представлены не позднее, чем через 30 дней после закрытия дела. Запросы, поданные по истечении одного года с даты закрытия дела, не будут возмещены.

Куда отправлять: Подписанную форму с подтверждающими документами следует отправить по адресу ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

Отказ от ответственности: Раздел 18 Кодекса США 1001 гласит, что лицо, которое «сознательно и умышленно (1) фальсифицирует, скрывает или утаивает любым трюком, схемой или приемом существенный факт; (2) делает любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или представление; или (3) делает или использует любую фальшивую запись или документ, зная, что он содержит любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или запись; подлежит штрафу в соответствии с этим титулом, тюремному заключению на срок не более 5 лет... или и то, и другое».

1. Государственные агентства или местные поставщики услуг могут подать единую форму, чтобы сообщить о расходах и потребовать возмещения за временную помощь, оказанную репатриантам (отдельным лицам или семьям) в США.

2. OHSEPR будет возмещать только разумные, допустимые и распределяемые расходы, понесенные в результате временной помощи, оказанной гражданам США и их иждивенцам в США после их возвращения Госдепартаментом из другой страны.

3. Возмещение зависит от надлежащего и своевременного предоставления полной финансовой заявки, включающей необходимую подтверждающую документацию.

4. Возмещение зависит от наличия средств Программы репатриации США и допустимости каждой затраты в соответствии с 42 U.S.C. § 1313, правилами 45 CFR, частью 211 и 212, и общими правилами администрирования грантов в 45 CFR, часть 75, в частности, в подразделе E – Принципы стоимости.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ ОБ АГЕНТСТВЕ

Пункт 1. Название агентства / адрес. Укажите название запрашивающего государственного агентства и полный адрес, включая улицу, номер квартиры (если применимо), город, штат и почтовый индекс.

Пункт 2. Тип агентства Отметьте все, что применимо.

РАЗДЕЛ II: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ

Пункт 3. Номер дела. Укажите номер дела, связанный с этим обращением.

Пункт 4. Состояние дела. Выберите одно из двух полей, чтобы указать, является ли дело «закрытым» или «открытым».

Пункт 5. Период запроса заявления (ММ/ДД/ГГГГ). Укажите даты открытия и закрытия дела. Если дело все еще открыто, напишите «настоящее».

Пункт 6. Тип заявления. Выберите одно из четырех полей, чтобы указать, является ли заявление первоначальным, промежуточным, окончательным или отменой/ возвратом.

Пункт 7. Имя репатрианта. Укажите полное имя репатрианта.

Пункт 8. Номер социального страхования. Укажите девятизначный номер социального страхования репатрианта.

Пункт 9. Имя иждивенца(цев). Перечислите имена иждивенцев. Если их больше пяти, используйте дополнительный лист бумаги.

Пункт 10. Количество лиц в деле. Укажите общее количество лиц в данном деле, включая заявителя. Укажите количество несовершеннолетних и взрослых в отведенном месте.

Пункт 11. Текущий адрес репатрианта. Укажите текущий адрес репатрианта.

Пункт 12. Контактная информация репатрианта. Укажите точный адрес электронной почты и номер телефона, включая код города, репатрианта.

РАЗДЕЛ III: РАСХОДЫ

Пункт 13. Расходы на репатрианта(ов). Укажите сумму в долларах, предоставленную репатрианту по каждому виду расходов, за которые штат требует возмещения. Также укажите общую сумму затрат. Для всех расходов требуются подтверждающие документы. Если требовалось предварительное одобрение OHSEPR и оно было получено, предоставьте соответствующую документацию. Включите любые дополнительные комментарии, если это необходимо, в отведенном месте.

Денежные выплаты : Подписанные ваучеры и копии оплаченных чеков могут служить в качестве подтверждающих документов.

Медицинское обслуживание: Предоставьте счета и оплаченные квитанции на покрываемые расходы.

Временное жилье : Предоставьте счет и квитанцию.

Транспорт: Предоставьте подписанные ваучеры и квитанции (например, подписанный ваучер на автобусный билет, квитанцию такси).

Услуги по сопровождению: Предоставьте счет-фактуру, квитанции и предварительное одобрение OHSEPR.

Административные расходы : Включите подтверждающие выписки, такие как записи кураторов, счета и квитанции (например, парковочная квитанция, такси).

ругое: Определить тип временной помощи. Предоставить подтверждающую документацию с подробным описанием помощи, квитанцию об уплаченной сумме и предварительное одобрение OHSEPR, если применимо.

Пункт 14. Дополнительные комментарии. Используйте это поле для предоставления дополнительной информации, если это необходимо.

РАЗДЕЛ IV: ПОДПИСЬ

Пункт 15. Имя и должность сотрудника агентства. Напишите печатными буквами полное имя и должность ответственного лица агентства.

Пункт 16. Контактная информация. Укажите адрес электронной почты и номер телефона подписанта.

Пункт 17. Подпись. Подпишите в отведенном месте, чтобы подтвердить, что информация, представленная в документе, является достоверной, полной и точной, и что идентифицированные расходы были произведены в соответствии с 45 CFR 211 и 45 CFR 212, а также с Программой репатриации США.

Пункт 18. Дата (ДД/ММ/ГГГГ). Укажите дату подписи в виде двухзначного числа и месяца и четырехзначного года.