

رفض برنامج إعادة التوطين الأمريكي للمساعدة المؤقتة

الجزء الأول: مقدمة

يوفر برنامج الإعادة إلى الوطن الأمريكي مساعدة مؤقتة للمواطنين الأمريكيين وعائلاتهم الذين أعادتهم وزارة الخارجية من دولة أجنبية إلى الولايات المتحدة بسبب العوز أو المرض أو الحرب أو التهديد بالحرب أو الغزو أو أزمة مماثلة ؛ والذين ليس لديهم موارد يمكن الوصول إليها على الفور لتلبية احتياجاتهم. يجب سداد التكلفة الكاملة للمساعدة المؤقتة المقدمة إلى حكومة الولايات المتحدة ما لم يتم تقديم تنازل والموافقة عليه من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية / إدارة الأطفال والعائلات / مكتب الخدمات الإنسانية للاستعداد والاستجابة للطوارئ.

القسم الثاني: رفض المساعدة المؤقتة لبرنامج إعادة التوطين الأمريكي

أفهم المعلومات التي تلقيتها ، شفهيًا وخطيًا ، حول المساعدة المؤقتة المتاحة بموجب برنامج الإعادة إلى الوطن بالولايات المتحدة ، وأرفض المساعدة.

القسم الثالث: إمضاء.

1. أنا:

☐ فرد مؤهل لبرنامج الإعادة إلى الوطن الأمريكي وأنا أرفض المساعدة

☐ ممثل مفوض (العلاقة بالفرد) ()

2. الاسم (الأخير ، الأول ، الأوسط).

3. تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)

4. البلد المرحل منه

5. الإمضاء

6. التاريخ (MM / DD / YYYY)

7. شاهد (طباعة)

8. التاريخ (MM / DD / YYYY)

9. ملحوظات:

قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 (b. L 104-13) بيان العبء العام: الغرض من جمع المعلومات هذا هو رفض المساعدة المؤقتة بموجب برنامج الإعادة إلى الوطن الأمريكي. يُقدر عبء الإبلاغ العام لمجموعة المعلومات هذه بمتوسط 0.05 ساعة لكل مستجيب ، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات ، وجمع البيانات المطلوبة والحفاظ عليها ، ومراجعة جمع المعلومات. هذه المجموعة من المعلومات طوعية (42 U.S.C. القسم 1313). لا يجوز للوكالة إجراء أو رعاية مجموعة من المعلومات الخاضعة لمتطلبات قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 ، وليس مطلوبًا من الشخص الرد عليها ، ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالِحًا حاليًا. رقم OMB هو 0474-0970 وتاريخ انتهاء الصلاحية هو 2025/30/06. إذا كان لديك أي تعليقات على هذه المجموعة من المعلومات ، يرجى الاتصال بـ 20201. the U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C.

لا يجوز الكشف عن المعلومات الشخصية المقدمة في هذا النموذج إلا لأغراض البرنامج أو وفقًا للشروط المنصوص عليها في 211.14 CFR أو 212.9.

البند 1. حدد المربع وفقاً لمن يملأ الاستمارة. إذا رفض الفرد ملء النموذج بعد رفض المساعدة ، فيجب على عامل الحالة ملاحظة ذلك في البند 9.

البند 2. الاسم (الأخير ، الأول ، الأوسط). اسم الطباعة منسق كاسم العائلة والاسم الأول والاسم الأوسط.

البند 3. تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة). أدخل تاريخ الميلاد للفرد المؤهل في صورة يوم وشهر مكون من رقمين وسنة مكونة من أربعة أرقام.

البند 4. البلد المرحل منه أدخل اسم البلد الأساسي الذي يعود الفرد منه. هذا لا يشمل دول التوقف في المطار.

البند 5. إمضاء. توقيع الفرد للإشارة إلى أنه قد تم تزويده بمعلومات تتعلق ببرنامج إعادة إلى الوطن في الولايات المتحدة واختار عدم تلقي المساعدة من هذا البرنامج.

البند 6. التاريخ (MM / DD / YYYY). أدخل التاريخ كاليوم والشهر المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

البند 7. الشاهد (طباعة). قم بتنسيق اسم الشاهد على أنه اسم العائلة ، الاسم الأول ، الأحرف الأولى من الاسم الأوسط.

البند 8 التاريخ (MM / DD / YYYY). أدخل التاريخ كاليوم والشهر المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

البند 9 ملحوظات. قم بتضمين الملاحظات ، إذا لزم الأمر.

الغاية: للأفراد المؤهلين لبرنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة لإلغاء الاشتراك في تلقي المساعدة المؤقتة من خلال برنامج إعادة إلى الوطن الأمريكي.

عامل الحالة أو مقدم الخدمة : قبل الحصول على توقيع الفرد على هذا النموذج ، يرجى التحقق من أن الموقع شخص بالغ يتمتع بمستوى كافٍ من الإلمام بالقراءة والكتابة والمهارات اللغوية لفهم هذا النموذج.

لا ينبغي مطالبة الأشخاص الذين يعانون من حالات عقلية وجسدية قد تعيق فهمهم و / أو إكمال هذا النموذج بالتوقيع عليه.

من يجب أن يوقع على هذا النموذج: يمكن إكمال هذا النموذج وتوقيعه بواسطة:

- الأفراد نيابة عن أنفسهم والمعالين ؛
- ممثل بالغ لطفل قاصر (والد أو وصي أو ممثل قانوني) ؛ أو
- ممثل بالغ لشخص بالغ يعاني من إعاقة عقلية أو جسدية.

مكان التقديم: قم بإعادة النسخة الموقعة إلى موظف حالة إعادة إلى الوطن الخاص بك.