

ПРОГРАММА РЕПАТРИАЦИИ США ОТКАЗ ОТ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ

РАЗДЕЛ I: ВВЕДЕНИЕ

Программа репатриации США предоставляет временную помощь гражданам США и их иждивенцам, возвращенным Государственным департаментом из другой страны в США по причине безденежья, болезни, войны, угрозы войны, вторжения или аналогичного кризиса; и которые не имеют ресурсов, доступных для удовлетворения их потребностей. Полная стоимость предоставленной временной помощи должна быть возмещена правительству США, если только Министерство здравоохранения и социального обеспечения США / Управление по делам детей и семей / Управление по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них не подало заявку и не одобрило отказ.

РАЗДЕЛ II: ОТКАЗ ОТ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ РЕПАТРИАЦИИ США

Я понимаю полученную мной устную и письменную информацию о временной помощи, доступной в рамках Программы репатриации США, и отказываюсь от помощи.

РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ

1. Я:

- ☐ физическое лицо, имеющее право на участие в Программе репатриации США, отказываюсь от помощи
☐ уполномоченного представителя (отношение к физическому лицу _____)

2. Имя (Фамилия, Имя, Отчество)

3. Дата рождения
(ММ/ДД/ГГГГ)

4. Страна, из которой
возвращается

5. Подпись

6. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

7. Свидетель (напечатать)

8. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

9. Примечания:

ЗАКОН 1995 г. О СОКРАЩЕНИИ БУМАЖНОЙ РАБОТЫ (b. L. 104-13) ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ: Целью сбора этой информации является отказ от временной помощи по Программе репатриации США. Общественная нагрузка, связанная с предоставлением информации, оценивается в среднем в 0,05 часа на одного респондента, включая время на изучение инструкций, сбор и сохранение необходимых данных, а также рассмотрение сбора информации. Этот сбор информации является добровольным (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 окончания 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.

Личная информация, предоставленная в этой форме, может быть раскрыта только для целей программы или на условиях, предусмотренных 45 CFR 211.14 или 212.9.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель: Для лиц, имеющих право на участие в Программе репатриации США, чтобы отказаться от получения временной помощи в рамках Программы репатриации США.

Для работника или поставщика услуг: Перед получением подписи человека на этой форме, убедитесь, что подписавший является взрослым человеком с достаточным уровнем грамотности и языковых навыков для понимания этой формы. Лица с психическими и физическими заболеваниями, которые могут помешать им понять и/или заполнить данную форму, не должны ее подписывать.

Кто должен подписывать эту форму: Эта форма может быть заполнена и подписана следующими лицами:

- физическим лицом от своего имени и от имени иждивенцев;
- Взрослым представителем несовершеннолетнего ребенка (родитель, опекун или законный представитель); или
- взрослым представителем умственно или физически неполноценного взрослого человека.

Куда отправить: Верните подписанный экземпляр своему сотруднику по делам репатриации.

ОСОБЫЕ ИНСТРУКЦИИ

РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ

Пункт 1. Отметьте поле, в зависимости от того, кто заполняет форму. Если человек отказывается заполнять форму после отказа от помощи, сотрудник должен отметить это в пункте 9.

Пункт 2. Имя (Фамилия, Имя, Отчество). Печать имени в формате фамилии, имени и отчества.

Пункт 3. Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ). Введите дату рождения лица в виде дня и месяца из двух цифр и года из четырех цифр.

Пункт 4. Страна, из которой вернулся. Укажите название основной страны, из которой возвращается человек. В это число не входят страны с промежуточной посадкой в аэропорту.

Пункт 5. Подпись. Подпись лица, свидетельствующая о том, что ему была предоставлена информация о Программе репатриации США, и он решил НЕ получать помощь в рамках этой Программы.

Пункт 6. Дата (ММ/ДД/ГГГГ). Введите дату в виде двузначного числа и месяца и четырехзначного года.

Пункт 7. Свидетель (напечатать). Запишите имя свидетеля в следующем порядке Фамилия, Имя, Отчество.

Пункт 8. Дата (ММ/ДД/ГГГГ). Введите дату в виде двузначного числа и месяца и четырехзначного года.

Пункт 9. Примечания. Включите примечания, если это необходимо.