

## 美國撤僑計畫拒絕臨時援助

### 第一部分：簡介

美國撤僑計畫為因貧困、疾病、戰爭、戰爭威脅、入侵或類似危機而被國務院從外國返回美國的美國公民及其隨行家屬，以及無法立即獲得滿足其需求的資源的人員提供臨時援助。提供臨時援助的全部費用必須償還給美國政府，除非已經向美國衛生與公眾服務部/兒童和家庭管理局/公共服務應急準備和響應辦公室申請免除並且已獲得批准。

### 第二部分：拒絕美國撤僑計畫臨時援助

我理解，我已透過口頭或書面方式收到關於根據美國撤僑計畫提供臨時援助的資訊，我拒絕該援助。

### 第三部分：簽名

1.我是：

有資格參加美國撤僑計畫的個人，但是我拒絕該援助

授權代表（與個人的關係\_\_\_\_\_）

2.姓名（姓氏、名字、中間名）

3.出生日期 (月/日/年)

4.撤僑所在國家

5.簽名

6.日期（月/日/年）

7.見證人（工整書寫）

8.日期（月/日/年）

9.附註：

1995 年《減少文書工作法》(公法第104-13號) 公共負擔聲明：本次資訊收集目的為拒絕獲得根據美國撤僑計畫提供的臨時援助。此資訊收集的公開報告負擔估計平均為每位答覆者 0.05 小時，包括查看說明、收集和維持所需資料以及審查資訊收集的時間。此資訊收集基於自願（《美國聯邦法典》第42章第 1313 條）。除非符合 1995 年《減少文書工作法》的要求並且顯示當前有效的 OMB 控制編號，否則機構不得收集或發起資訊收集，並且個人無需回應資訊收集要求。OMB 編號為 0970-0474，到期日為2025年6月30日。如果您對此資訊收集有任何意見，請聯繫美國撤僑計畫，地址：330 C St. SW, Washington, D.C.20201。

本表格中提供的個人資訊只能為實施該計畫而透露，或者按照《聯邦法規彙編》第45章第211.14條或第212.9規定的條件透露。

## 一般資訊

**目的：**適用於有資格參加美國撤僑計畫，但選擇不透過美國撤僑計畫獲得臨時援助的個人。

**對於個案工作者或服務提供商：**獲得

個人在此表格上的簽名之前，請確認簽名者是具有足夠識字能力和語言能力的成年人，其能夠理解此表格。對於具有可能妨礙其理解和/或填寫本表格的精神和身體狀況的人員，不應要求其簽署此表格。

**誰應簽署此表格：**此表格可以由以下人員填寫並簽名：

- 代表自己和隨行家屬的個人；
- 未成年子女的成年代表（父母、監護人或法定代理人）；或者
- 有精神或身體殘障的成年人的成人代表。

**提交地點：**將已簽署的表格文本提交給您的撤僑個案工作者。

## 具體說明

### 第三部分：簽名

**第 1 項。**根據填寫表格的人員身份勾選方框。如果個人在拒絕援助後拒絕填寫此表格，個案工作者應在第 9 項中註明。

**第 2 項姓名（姓氏、名字、中間名）。**工整書寫姓名，格式為姓氏、名字和中間名。

**第 3 項。出生日期 (月/日/年)。**輸入符合條件的個人之出生日期，格式為兩位數的日期和月份以及四位數的年份。

**第 4 項。撤僑所在國家。**提供個人返回時所在的主要國家的名稱。不包括機場中轉國家。

**第 5 項。簽名。**個人簽名，以表明其已獲得關於美國撤僑計畫的資訊，但其選擇不接受該計畫的援助。

**第 6 項。日期 (月/日/年)。**輸入日期，格式為兩位數的日期和月份以及四位數的年份。

**第 7 項。見證人（工整書寫）。**見證人的姓名，格式為姓氏、名字、中間名首字母。

**第 8 項。日期 (月/日/年)。**輸入日期，格式為兩位數的日期和月份以及四位數的年份。

**第 9 項。附註。**如有必要，包括註釋。