

美国遣返计划临时援助延期请求

1995 年减少文书工作法案 (Pub.L.104-13) 公共负担声明: 此信息收集的目的是请求将美国遣返计划的临时援助超出其最初的 90 天资格期限。这种信息收集的公开报告负担估计平均为每位受访者 0.3 小时, 包括审查说明、收集和维护所需数据以及审查信息收集的时间。需要收集这些信息才能要求临时援助的延期 (42 U.S.C.第 1313 节)。除非显示当前有效的 OMB 控制编号, 否则机构不得根据 1995 年《减少文书工作法》的要求收集或发起信息收集, 并且个人无需回应收集信息。OMB 编号为 0970-0474, 到期日期为 06/30/2025。如您对本次信息收集有任何意见, 请联系美国遣返计划, 330 C St. SW, Washington,20201.

第一部分: 遣返者信息			
1.姓氏	2.名字	3.中间名	
4.案件编号	5.社会安全号码	6.出生日期(MM/DD/YYYY)	7.请求日期 (MM/DD/YYYY)

第二部分: 受抚养人信息		
8.输入相关信息。如果超过 5 人, 请使用单独的一张纸。		
姓名 (姓氏、名字、中间名首字母)	出生日期 (MM/DD/YYYY)	与遣返者的关系
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

第三部分: 理由
勾选所有适用项并为选择提供支持信息。
9.延期请求的原因。 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 缺乏职业准备
10.附加信息。

第四部分：资格

11. 自我评估

a. 您在工作吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
b. 您是任何未决诉讼的一方吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
c. 您在美国或海外是否拥有任何资产（例如房屋、股票、土地）？如果是，请提供估计的总金额。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 \$ _____

12. 福利。如果您正在接受和/或期望接受公共援助，请填写下表。

姓名（姓氏、名字、中间名首字母）	申请的援助类型（例如，TANF、SSI、Medicaid）	申请提交日期 (MM/DD/YYYY)	申请状态：待定、批准、拒绝、其他	申请接受日期	收到或预期收到的金额
1. 自己					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
总计					

13. 附加信息

14. 每月家庭收入

姓氏	名字	薪金或工资，以美元计	收到的收入类型（例如，子女支持、SSI 等）	其他收入

15. 当前每月家庭总收入
 薪金或工资 \$ _____ 其他（援助）\$ _____ **总计：\$ _____**

16. 每月固定开支	每月支付	
租金		
公用事业		
食物		
交通（例如，公共或共乘）		
家庭		
保险		
医疗费用		
其他费用		
总计		

17.贷款和负债	每月支付	总金额 目前欠款
房贷（如果不同于租金）		
汽车		
律师/法律费用		
家具		
所欠税款		
应付贷款（向银行、财务公司等）		
信用卡		
子女抚养费		
其他贷款和债务（请说明）：		
其他贷款和债务（请说明）：		
总计		

第五部分：申请人或授权代表签名

通过签署本文件，我证明据我所知，这是真实、完整和准确的。我知道任何虚假、虚构或欺诈的信息都可能使我受到刑事、民事或行政处罚。（美国法典，第18篇第1001节）

18. 申请人或授权代表签名

19. 日期 (MM/DD/YYYY)

第六部分：授权代表信息（如适用）

20. 代表姓氏	21. 代表名字	22. 代表中间名
23. 关系	24. 电话号码	25. 电子邮件地址

一般信息

目的：目前通过美国遣返计划接受临时援助的个人若由于年龄、残疾或缺乏职业准备而无法实现自立或自理的，可以使用此表格根据 45 CFR 212.4 申请延长资格期限超过最初的 90 天期限。

谁应该填写此表格：此表格可由以下人员填写：

- 代表自己及其受抚养人申请的成年人；
- 未成年子女的成年代表（父母、监护人或法定代表）；或者
- 精神或身体受损的成年人的成年代表。

何时提交：延期请求必须在当前资格期限结束前的 30 天内提交。

提交地点：此表格和所有支持文件应提供给
ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore,
MD 21201。

免责声明：美国法典 1001 第 18 条 声明个人“明知且故意- (1) 通过任何诡计、计划或装置伪造、隐瞒或掩盖重要事实； (2) 作出任何重大虚假、虚构或欺诈性陈述或陈述；或者 (3) 制作或使用任何虚假的书面材料或文件且明知其包含任何重大虚假、虚构或欺诈性陈述或条目；应根据本条处以罚款，监禁不超过 5 年.....或两者并罚。”

具体说明

第一部分：遣返者信息

第 1 项。姓氏。提供您的姓氏。

第 2 项。名字。提供您的名字。

第 3 项。中间名。提供您的中间名。如果没有中间名，请填写“NMN”。

第 4 项。案件编号。提供您的案件编号。（如果您没有此信息，请联系您的案件工作者寻求帮助）。

第 5 项。社会安全号码。提供您的九位数社会安全号码。

第 6 项。出生日期。提供您的出生日期。格式为两位数的日期和月份以及四位数的年份。

第 7 项。请求日期。提供延期请求的日期。格式为两位数的日期和月份以及四位数的年份。

第二部分：受抚养人信息

第 8 项。输入相关信息。提供您的受抚养人的全名和出生日期，以及他们与您的关系（例如，残疾父母、未成年子女等）

第三部分：理由

第 9 项。延期请求的原因。选中所有适用的框。在为延期请求的每个选定原因提供的空白处提供书面解释。如果需要，请使用额外的纸张。此外，附上所有适用的支持文件以证实您的要求。例如，如果声称残疾，请附上您的医疗服务提供者的一封信，证明您的残疾。

第 10 项。附加信息。使用此空白处提供任何进一步的背景信息。

第四部分：资格

第 11 项。自我评估。填写所有行项目 a-c。

第 12 项。福利。对于每个在美国遣返计划下接受服务的遣返者，说明他们正在接受或期望接受的其他联邦或州政府援助的类型，福利金额，以及申请提交和接受日期以及申请状态。在最后一行提供总数。

第 13 项。附加信息。使用此空白处提供任何进一步的背景信息。

第 14 项。每月家庭收入。对于产生收入的每位家庭成员，请填写一行并为每一列提供详细信息。

第 15 项。当前每月家庭总收入。在提供的空白处合并您的收入和您家庭成员的收入。

第 16 项。固定每月开支。在每行提供的空白处提供每月付款。在最后一行提供总数。

第 17 项。贷款和负债。在每行的空白处提供每月付款和当前欠款总额。例如，您每月的医疗费用为 150 美元，应付总额为余额，即 500 美元。在最后一行提供总数。

第五部分：申请人或授权代表签名

第 18 项。申请人或授权代表的签名。遣返申请人或授权代表必须在此签名。

第 19 项。日期 (MM/DD/YYYY)。提供签名日期。格式为两位数的日期和月份以及四位数的年份。

第六部分：授权代表信息（如适用）

第 20 项。姓氏。提供授权代表的姓氏。

第 21 项。名字。提供授权代表的名字。

第 22 项。中间名。提供授权代表的中间名。如果没有中间名，请填写“NMN”。

第 23 项。关系。说明授权代表与美国公民申请人的关系。例如：父母、法定监护人。

第 24 项。电话号码。输入主要电话号码，包括区号，以就遣返者的临时援助延期请求进行沟通。

第 25 项。电子邮件地址。输入主要电子邮件地址以就遣返者的临时援助延期请求进行沟通。