

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: 此信息收集的目的在于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。

- ☐ 年龄
☐ 失能
☐ 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？				☐ 是	☐ 否
b. 您是任何未决诉讼的一方吗？				☐ 是	☐ 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。				☐ 是	☐ 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。