

ПРОГРАММА РЕПАТРИАЦИИ США ЗАПРОС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА ЭКСТРЕННУЮ РЕПАТРИАЦИЮ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ ОБ АГЕНТСТВЕ И ИНЦИДЕНТАХ					
1. Название агентства / адрес (улица, город, штат, почтовый индекс)	2. Тип агентства <input type="checkbox"/> Государственное <input type="checkbox"/> Федеральное <input type="checkbox"/> Уполномоченная поддержка Организация		3. Название инцидента и дата Название От до		
4. Характер заявления <input type="checkbox"/> Частичное # _____ <input type="checkbox"/> Окончательное <input type="checkbox"/> Пересмотр поданного заявления _____	5. Информация о Центре экстренной репатриации (ERC) <input type="checkbox"/> Аэропорт _____ <input type="checkbox"/> Военная аза _____ <input type="checkbox"/> Другое _____ ОБЩЕЕ количество ERC _____				
РАЗДЕЛ II: РАСХОДЫ					
6. Перечислите расходы в таблице ниже.					
Расходы	Всего	Расходы	Всего	Расходы	Всего
Порт въезда		Сверхурочная работа сотрудников		Проживание (репатриант)	
Помещение ERC		Прочие расходы на персонал		Планирование, обучение, Занятия	
Безопасность		Денежные выплаты (репатриант)		Другое (указать)	
Оборудование		Еда (репатриант)		Другое (указать)	
Принадлежности		Медицинские услуги		Другое (указать)	
Совместный транспорт		Транспорт (репатриант)		Другое (указать)	
7. Дополнительная информация					
РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ					
<p><i>Подписывая этот документ, я подтверждаю, что он является достоверным, полным и точным, насколько мне известно. Я осознаю, что любая ложная, фиктивная или мошенническая информация может повлечь за собой уголовное, гражданское или административное наказание. (Кодекс США, раздел 18, параграф 1001)</i></p>					
8. Название и принадлежность агентства Официальное название Принадлежность			9. Контактная информация Телефон Электронная почта		
10. Подпись				11. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)	

ЗАКОН 1995 г. О СОКРАЩЕНИИ БУМАЖНОЙ РАБОТЫ (Pub. L. 104-13) ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ: Целью данного сбора информации является запрос штатов на возмещение расходов, понесенных в результате чрезвычайной репатриации или утвержденного планирования, обучения или занятий. Затрата времени, связанного с представлением информации, оценивается в среднем 0,3 часа на одного респондента, включая время на изучение инструкций, сбор и сохранение необходимых данных, а также проверку сбора информации. Этот сбор информации необходим для получения возмещения расходов на экстренную репатриацию (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 он не имеет действующего контрольного номера OMB. Номер OMB 0970-0474, срок действия 30.06.2025. Если у вас есть какие-либо комментарии по сбору информации, свяжитесь с U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель: Для агентств штатов и уполномоченных OHSEPR агентств поддержки, чтобы запросить возмещение разумных, допустимых и распределяемых расходов, понесенных в результате (1) активации OHSEPR Государственного плана чрезвычайной репатриации (SERP); (2) соглашения с OHSEPR для поддержки операции по чрезвычайной репатриации; или (3) утвержденного OHSEPR планирования, обучения или занятий в поддержку Программы репатриации США.

Кто должен заполнять эту форму: Уполномоченный представитель агентства штата или агентства поддержки OHSEPR. От каждого штата может подать заявку только один представитель.

Когда подавать: Запросы на возмещение могут подаваться на постоянной основе, но должны быть поданы не позднее чем через год после даты уведомления о деактивации операции по репатриации в чрезвычайных ситуациях или даты завершения мероприятий по планированию, обучению, занятиям.

Что включить :

1. Используйте эту форму в качестве сводного листа для подачи полной или частичной заявки на возмещение разумных, допустимых и распределяемых понесенных расходов. Штат не должен включать расходы федеральных агентств в свой запрос на возмещение.

2. Запросы на возмещение расходов должны касаться фактических затрат и не должны включать смету. Для возмещения расходов требуется достаточная подтверждающая документация (например, подписанные формы утверждения расходов [RR-08], квитанции, подписанные ваучеры, счета-фактуры и т.д.). Должна быть предоставлена документация как по административным расходам, так и по расходам на временный персонал. Более подробную информацию о необходимой документации см. в инструкциях ниже, Информационном меморандуме ACF о чрезвычайной репатриации и 45 CFR часть 75.

Куда отправить: Запросы следует направлять по указанному выше адресу или по электронной почте назначенному персоналу ACF и адресу OHSEPR-AF@acf.hhs.gov.

Отказ от ответственности: В Разделе 18 Кодекса США 1001 говорится, что лицо, которое «сознательно и умышленно (1) фальсифицирует, скрывает или утаивает любым трюком, схемой или приемом существенный факт; (2) делает любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или представление; или (3) составляет или использует любую фальшивую запись или документ заведомо

зная, что оно содержит любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или запись; наказывается штрафом в соответствии с настоящим титулом, лишением свободы на срок не более 5 лет ... или и то, и другое».

Возмещение зависит от наличия средств Программы репатриации США и допустимых расходов в соответствии с 42 U.S.C. § 1313, исполнительными правилами в 45 CFR, части 211 и 212, и общими правилами администрирования грантов в 45 CFR, часть 75, в частности, подраздел E — Принципы затрат.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ ОБ АГЕНТСТВЕ И ИНЦИДЕНТАХ

Пункт 1. Название агентства/ адрес. Укажите название агентства и физический адрес.

Пункт 2. Тип Агентства. Отметьте только одно поле.

Пункт 3. Название и дата инцидента. Введите имя инцидента репатриации и даты его активации и деактивации.

Пункт 4. Характер заявления. Укажите, является ли это предоставление частью окончательной суммы, которая, как ожидается, будет выставлена, окончательным счетом за инцидент или исправлением ранее отправленной формы. Если это частичное заявление, укажите, является ли оно первым, вторым, третьим и т.д. Если это пересмотр, укажите дату и копию ранее поданной формы.

Пункт 5. Информация об ERC. Введите город и штат/ физическое местоположение(я) и адрес(а) центров ERC в вашем штате. Укажите общее количество ERC.

РАЗДЕЛ II: РАСХОДЫ

Пункт 6. Перечислите общие затраты в соответствии с предоставленным типом. Включите подтверждающие документы, такие как предварительное утверждение расходов и детализированные квитанции. При необходимости укажите дополнительную информацию в отведенном для этого месте.

Расходы в порту въезда связаны с организацией операций по приему репатриантов в порту въезда. Предоставьте детализированный счет и подтверждающие документы (например, договор аренды).

ERC Space — это физическое место для предоставления услуг репатриантам. Предоставьте копию договора аренды, контракта или квитанции.

Безопасность, связанная с обеспечением сохранности и безопасности ERC и персонала. Предоставьте необходимые квитанции, такие как контракт или счет-фактура.

Оборудование. Предоставьте копию договора аренды оборудования и/или другие применимые квитанции.

Принадлежности, необходимые для проведения операции. Предоставьте всю подтверждающую документацию.

Совместный транспорт (ERC). Для наземного транспорта между аэропортом и ERC для репатриантов и персонала. Предоставьте копии всех применимых контрактов, квитанций и, при необходимости, государственных полисов.

Денежные платежи. Для денежной помощи, предоставляемой репатриантам, штаты должны предоставить квитанции на банковские карты и подтверждение суммы наличными, предоставленной репатрианту (например, копию подписанного ваучера).

Питание (репатриант). Предоставьте детализированный счет и копии квитанций.

Медицинские услуги. (1) При оказании коллективных медицинских услуг предоставьте детализированный счет со всеми расходами, такими как время работы персонала и медицинские принадлежности. При необходимости предоставьте подтверждающее заявление или объяснение стоимости. Укажите общее количество репатриантов, которым была оказана помощь.

(2) Для фармацевтических препаратов предоставьте детализированный счет с сопутствующими расходами, включая расходы, приходящиеся на каждого репатрианта. Предоставьте подтверждающее заявление или объяснение стоимости. Укажите общее число репатриантов, получивших фармацевтические препараты в ERC, и тип безрецептурного или рецептурного препарата. Например, если 50 репатриантов получили какие-либо вид лекарств, перечислите репатриантов, вид полученных лекарств и стоимость каждого лекарства.

(3) Для машин скорой помощи используйте текущие ставки возмещения расходов Центров услуг Medicare и Medicaid (CMS) и рекомендации в данном районе. Укажите общее количество использованных машин скорой помощи и общее количество репатриантов, получивших медицинскую транспортировку.

(4) Для госпитализации предоставьте детализированные больничные счета с указанием CMS или других платежей по медицинскому страхованию.

Проживание. В соответствующих случаях штаты должны представить копию квитанции на каждого репатрианта. Квитанции могут быть в виде ваучера, подписанного репатриантом. Для блоков гостиничных номеров штаты должны предоставить

предварительное одобрение OHSEPR с указанием количества номеров и продолжительности пребывания.

(1) Для временного совместного проживания предоставьте копию контракта, соглашения и/или документа об аренде с указанием общей стоимости объекта.

(2) При размещении в разных местах, например в гостинице, компенсация будет предоставляться за проживание каждого репатрианта.

(3) Для других типов размещения документация может включать счета-фактуры, квитанции или соглашения.

Сверхурочная работа сотрудников. Предоставьте подтверждающую документацию по отработанным сотрудниками часам и расценкам на труд. Предоставьте как индивидуальную, так и сводную информацию.

Прочие расходы на персонал. Это может включать транспортировку и проживание персонала. При необходимости предоставьте копии квитанций и государственных полисов.

Планирование, обучение и упражнения. Предоставьте копии предварительного утверждения OHSEPR, квитанций, счетов, соглашений и/или другой подтверждающей документации.

Другое. Определите другие расходы по категориям и дайте описание. Предоставьте копии запросов на предварительное утверждение (RR-08) и другую подтверждающую документацию, такую как контракты, квитанции и т. д.

Пункт 7. Дополнительная информация. Используйте это поле для предоставления дополнительной информации, если это необходимо.

РАЗДЕЛ III: ПОДПИСЬ

Пункт 8. Имя и должность сотрудника агентства.

Укажите полное имя и должность сотрудника агентства, подписывающего эту форму.

Пункт 9. Контактная информация. Предоставьте информацию о телефоне и адресе электронной почты официального представителя агентства, подписывающего эту форму.

Пункт 10. Подпись. Должностное лицо агентства должно поставить подпись, чтобы NHS/ACF обработало форму.

Пункт 11. Дата (ММ/ДД/ГГГГ). Укажите дату подписания формы. Формат: месяц и день из двух цифр, год из четырех цифр.