

PROGRAMME DE RAPATRIEMENT AUX ÉTATS-UNIS – DEMANDE DE PROLONGATION D'UNE AIDE TEMPORAIRE

LOI DE 1995 SUR L'ALLEGÈMENT DES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES (Pub. L. 104-13) DÉCLARATION DE LA CHARGE PUBLIQUE : Le but de cette collecte d'informations est de permettre de demander une prolongation d'une aide temporaire dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis au-delà de la période d'éligibilité initiale de 90 jours. La charge de travail public pour cette collecte d'informations est estimé à 0,3 heure en moyenne par répondant, y compris le temps nécessaire pour l'examen des instructions, la collecte et la mise à jour des données nécessaires et l'examen de la collecte d'informations. Cette collecte d'informations est nécessaire pour demander une prolongation d'une aide temporaire (42 Code des États-Unis article 1313). Un organisme ne peut pas mener ou parrainer, et une personne n'est pas tenue de répondre à, une collecte d'informations soumise aux exigences de la loi de 1995 sur la réduction des formalités administratives, à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle OMB en cours de validité. Le numéro OMB est 0970-0474 et la date d'expiration est le 30/06/2025. Si vous avez des commentaires sur cette collecte d'informations, veuillez contacter le U.S. Repatriation Program [Programme de rapatriement aux États-Unis], 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

TITRE I : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ				
1. Nom de famille	2. Prénom		3. Deuxième prénom	
4. Numéro de dossier	5. Numéro de sécurité sociale	6. Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	7. Date de la demande (MM/JJ/AAAA)	

TITRE II : INFORMATIONS SUR LA/LES PERSONNE(S) À CHARGE		
8. Indiquez les informations sur la/les personne(s) à charge. S'il y en a plus de 5, utilisez une feuille de papier séparée.		
Nom (nom de famille, prénom, initiale du deuxième prénom)	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Lien de parenté avec le rapatrié
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

TITRE III : JUSTIFICATION
<i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent et fournissez des informations à l'appui de vos choix.</i>
9. Raison(s) de la demande de prolongation. <input type="checkbox"/> Âge <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Manque de préparation professionnelle
10. Informations complémentaires.

TITRE IV : ÉLIGIBILITÉ						
11. Auto-évaluation						
a. Est-ce que vous travaillez ?					<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
b. Êtes-vous partie à un procès en cours ?					<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
c. Possédez-vous des biens aux États-Unis ou à l'étranger (par exemple, des maisons, des actions, des terrains) ? Si vous avez répondu oui, indiquez le montant total estimé.					<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<div style="text-align: right;">\$ _____</div>						
12. Allocations. Remplissez le tableau ci-dessous si vous recevez et/ou prévoyez de recevoir une aide publique.						
Nom (nom de famille, prénom, initiale du deuxième prénom)	Type d'aide demandée (par exemple, TANF, SSI, Medicaid)	Date de soumission de la demande (MM/JJ/AAAA)	État de la demande : En attente, approuvée, refusée, Autre	Date d'acceptation de la demande	Montant reçu ou prévu de recevoir	
1. SOI						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
Total						
13. Informations complémentaires						
14. Revenu mensuel du ménage						
Nom de famille	Prénom	Salaire ou paie en \$	Type de revenu reçu (par exemple, pension alimentaire, revenus de sécurité social, etc.)	Autre revenu		
15. Revenu combiné mensuel actuel du ménage						
Salaire ou paie \$ _____		Autre (aide) \$ _____		Total : \$ _____		
16. Dépenses mensuelles fixes				Paiement mensuel		
Loyer						
Services publics						
Nourriture						
Transports (par exemple, public ou covoiturage)						
Ménage						
Assurances						
Frais médicaux						
Autres dépenses						
Total						

17. Prêts et passifs	Paiement mensuel	Montant total Actuellement dû
Hypothèque (si différente du loyer)		
Voiture		
Avocat/frais juridiques		
Meubles		
Taxes dues		
Prêts à payer (aux banques, à une société de financement, etc.)		
Carte(s) de crédit		
Pension alimentaire		
Autres prêts et dettes (veuillez préciser) :		
Autres prêts et dettes (veuillez préciser) :		
Total		

TITRE V : SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ

En signant ce document, je certifie qu'il est, à ma connaissance, véridique, complet et exact. Je suis conscient que toute information fausse, fictive ou frauduleuse peut m'exposer à des sanctions pénales, civiles ou administratives. (Code des États-Unis, titre 18, article 1001)

18. Signature du demandeur ou du représentant autorisé

19. Date (MM/JJ/AAAA)

TITRE VI : INFORMATIONS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ (LE CAS ÉCHÉANT)

20. Nom de famille du représentant

21. Prénom du représentant

22. Deuxième prénom du représentant

23. Lien de parenté

24. Numéro de téléphone

25. Adresse courriel

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Objectif : Les personnes recevant actuellement une aide temporaire via le Programme de rapatriement aux États-Unis, qui ne sont pas en mesure de subvenir à leurs propres besoins ou de prendre soin d'eux-mêmes en raison de leur âge, d'un handicap ou d'un manque de préparation professionnelle, peuvent utiliser ce formulaire pour demander une prolongation de la période d'éligibilité au-delà de la période initiale de 90 jours conformément à l'article 45 CFR 212.4.

Qui doit remplir ce formulaire : Ce formulaire peut être rempli par :

- Les adultes qui font la demande en leur nom et au nom des personnes à leur charge ;
- Le représentant adulte d'un enfant mineur (parent, tuteur ou représentant légal) ; ou
- Le représentant adulte d'un adulte ayant un handicap mental ou physique.

Quand le soumettre : Les demandes de prolongation doivent être soumises au plus tard 30 jours avant la fin de la période d'éligibilité en cours.

Où le soumettre : Ce formulaire et tous les documents justificatifs doivent être envoyés à ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

Avis de non-responsabilité : Titre 18 du Code des États-Unis 1001 stipule qu'une personne qui « sciemment et volontairement – (1) falsifie, dissimule ou dissimule par une ruse, un stratagème ou un dispositif un fait important ; (2) fait une déclaration ou représentation substantiellement fausse, fictive ou frauduleuse ; ou (3) fait ou utilise un faux écrit ou un faux document en sachant qu'il chose contient une déclaration ou une inscription substantiellement fausse, fictive ou frauduleuse ; est passible d'une amende en vertu de ce titre, d'une peine d'emprisonnement de 5 ans au maximum... ou des deux. »

INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES

TITRE I : INFORMATIONS SUR LE RAPATRIÉ

Rubrique 1. Nom de famille. Indiquez votre nom de famille.

Rubrique 2. Prénom. Indiquez votre prénom.

Rubrique 3. Deuxième prénom. Indiquez votre deuxième prénom. En l'absence de deuxième prénom, indiquez « NMN ».

RR-07

Rubrique 4. Numéro de dossier. Indiquez votre numéro de dossier. (Si vous ne disposez pas de cette information, veuillez contacter votre assistant social pour obtenir de l'aide).

Rubrique 5. Numéro de sécurité sociale. Indiquez votre numéro de sécurité sociale à neuf chiffres.

Rubrique 6. Date de naissance. Indiquez votre date de naissance. Format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

Rubrique 7. Date de demande. Indiquez la date de la demande de prolongation. Format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

TITRE II : INFORMATIONS SUR LA/LES PERSONNE(S) À CHARGE

Rubrique 8. Indiquez les informations sur la/les personne(s) à charge. Indiquez le(s) nom(s) complet(s) et la/les date(s) de naissance de votre/vos personne(s) à charge et leur lien de parenté avec vous (par exemple, parent handicapé, enfant mineur, etc.)

TITRE III : JUSTIFICATION

Rubrique 9. Raison(s) de la demande de prolongation. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Fournissez une explication écrite dans l'espace prévu à cet effet pour chacune des raisons sélectionnées pour la demande de prolongation. Utilisez du papier supplémentaire si nécessaire. En outre, joignez toutes les pièces justificatives nécessaires pour justifier votre demande. Par exemple, si vous faites une demande d'invalidité, joignez une lettre de votre fournisseur de soins médicaux indiquant votre invalidité.

Rubrique 10. Informations complémentaires. Utilisez cet espace pour fournir des informations complémentaires.

TITRE IV : ÉLIGIBILITÉ

Rubrique 11. Auto-évaluation. Remplissez toutes les rubriques A à C.

Rubrique 12. Allocations. Pour chaque rapatrié recevant des services dans le cadre du Programme de rapatriement aux États-Unis, indiquez quel(s) type(s) d'autre aide gouvernementale fédérale ou étatique il reçoit ou prévoit de recevoir, et le montant de la prestation, en plus des dates de soumission et d'acceptation de la demande, et du statut de la demande. Indiquez un total dans la dernière ligne.

Rubrique 13. Informations complémentaires.

Utilisez cet espace pour fournir des informations complémentaires.

Rubrique 14. Revenu mensuel du ménage. Pour chaque membre de votre ménage percevant un revenu, remplissez une ligne et fournissez des détails dans chaque colonne.

Rubrique 15. Revenu mensuel combiné actuel du ménage. Combinez vos revenus et les revenus des membres de votre ménage dans l'espace prévu.

Rubrique 16. Dépenses mensuelles fixes. Indiquez le paiement mensuel dans les espaces prévus à cet effet dans chaque ligne. Indiquez un total dans la dernière ligne.

Rubrique 17. Prêts et passifs. Indiquez le paiement mensuel et le montant total actuellement dû dans les espaces prévus à cet effet pour chaque ligne. Par exemple, vous avez un paiement médical mensuel de 150 \$ et le montant total dû est le solde restant, soit 500 \$. Indiquez les totaux dans la dernière ligne.

TITRE V : SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ

Rubrique 18. Signature du demandeur ou du représentant autorisé. Le demandeur de rapatriement ou son représentant autorisé doit signer ici.

Rubrique 19. Date (MM/JJ/AAAA). Indiquez la date de signature. Format à deux chiffres pour le mois et le jour et à quatre chiffres pour l'année.

TITRE VI : INFORMATIONS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ (LE CAS ÉCHÉANT)

Rubrique 20. Nom de famille. Indiquez le nom de famille du représentant autorisé.

Rubrique 21. Prénom. Indiquez le prénom du représentant autorisé.

Rubrique 22. Deuxième prénom. Indiquez le deuxième prénom du représentant autorisé. En l'absence de deuxième prénom, indiquez « NMN ».

Rubrique 23. Lien de parenté. Indiquez le lien de parenté du représentant autorisé avec le demandeur citoyen américain. Exemple : parent, tuteur légal.

Rubrique 24. Numéro de téléphone. Indiquez le numéro de téléphone principal, y compris l'indicatif régional, pour communiquer au sujet de la demande de prolongation de l'aide temporaire du rapatrié.

Rubrique 25. Adresse courriel. Indiquez l'adresse courriel pour communiquer au sujet de la demande de prolongation de l'aide temporaire du rapatrié.