

## 美国遣返计划 费用批准和联邦支持的紧急遣返请求

第一部分：机构和援助信息——由授权官员填写		
1. 机构名称和地址	2. 请求者姓名和职位	3. 事件名称和开始日期 (MM/DD/YYYY)
4. 需要服务/支持的地点	5. 请求的日期和时间	
6. 请求类型（仅勾选一项） <input type="checkbox"/> 费用预批准；估计金额 \$ _____ <input type="checkbox"/> 联邦支持		
7. 请求援助的描述（例如，估计费用、时间长度、所需金额等）		
8. 请求的理由		
9. 请求者电子邮件地址	10. 请求者电话号码	
11. 请求者签名	12. 日期 (MM/DD/YYYY)	
第二部分：联邦决定——由授权的联邦工作人员完成		
13. 接收日期 (MM/DD/YYYY) 和时间	14. 联邦官员姓名	
15a. 费用预批准确定 <input type="checkbox"/> 批准 <input type="checkbox"/> 拒绝 <input type="checkbox"/> 部分 _____  <input type="checkbox"/> 需要更多信息 _____	15b. 联邦支持决定 <input type="checkbox"/> 已收到 <input type="checkbox"/> 需要更多信息 _____ _____ _____ _____	
16. 授权的联邦官员签名	17. 日期 (MM/DD/YYYY)	

1995 年减少文书工作法案 (Pub.L.104-13) 公共负担声明：收集此信息的目的是请求紧急遣返的预批准费用或联邦支持。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。需要收集此信息才能获得费用批准或请求联邦对紧急遣返的支持（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.

## 一般信息

**目的：**此表格用于请求紧急遣返事件的预批准费用或联邦支持。州必须在发生紧急遣返行动或演习的费用之前提交此表格。

**谁应该填写此表格：**由州、领地或授权支持组织授权的官员填写。

**何时提交：**在产生费用之前以及在确定支持和/或需求之后。

**提交地点：**此表格和任何支持文件应通过电子邮件发送至 1) 指定的 OHSEPR 工作人员，以及 2) OHSEPR-AF@acf.hhs.gov。

## 具体说明

### **第一部分：机构和援助信息 – 由授权官员填写**

**第 1 项。机构名称和地址。**提供请求机构的名称和完整地址，包括街道、套房号（如果适用）、城市、州和邮政编码。

**第 2 项。请求者姓名和职位。**提供请求预批准或联邦支持的个人的全名和职位。

**第 3 项。事件名称和开始日期 (MM/DD/YYYY)。**输入事件名称（例如：任务或演习名称）和开始日期或预计开始日期。将日期格式化为两位数的月份和日期以及四位数的年份。

**第 4 项。需要服务/支持的位置。**输入事件或演习的地点（例如，军事基地、机场等）提供地址，包括城市和州，和/或机场代码。

**第 5 项。请求的时间和日期。**提供提交的日期和时间。

**第 6 项。请求类型。**仅勾选两个选项中的一个；指明该请求是针对费用预批准还是联邦支持。

**第 7 项。请求援助的描述（例如，估计费用、时间长度、所需金额等）。**提供请求和支持文档的详细说明。

**第 8 项。请求的理由。**为请求提供详细的理由或缘由，并附上任何支持文件。

**第 9 项。请求者电子邮件地址。**输入主要电子邮件地址以发送有关此请求的通信。

**第 10 项。请求者电话号码。**输入主要电话号码以联系有关此请求的联系人。

**第 11 项。请求者签名。**请求预批准或支持的个人必须在此处签名。

**第 12 项。日期 (MM/DD/YYYY)。**使用两位数的月份和日期以及四位数的年份提供提交日期。

**第二部分：联邦决定——由授权的联邦工作人员完成**

**第 13 项。日期 (MM/DD/YYYY) 和接收时间。**提供收到表格的日期和时间。

**第 14 项。联邦官员姓名。**输入联邦官员的全名。

**项目 15a。费用预批准决定。**如果请求是费用预批准，请选择确定并说明是否需要其他信息。

**项目 15b。联邦支持决定。**如果请求的是联邦支持，请选择确定并说明是否需要其他信息。

**第 16 项。授权的联邦官员签名。**由 OHSEPR 或授权的 OHSEPR 联邦工作人员指定的联邦公共服务协调官员。

**第 17 项。日期 (MM/DD/YYYY)。**使用两位数的月份和日期以及四位数的年份提供签名日期。