

## طلب تمديد المساعدة المؤقتة لبرنامج إعادة التوطين للولايات المتحدة

قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 (Pub. L. 104-13) بيان العبء العام: الغرض من جمع المعلومات هذا هو طلب تمديد للمساعدة المؤقتة في إطار برنامج الإعادة إلى الوطن الأمريكي بعد فترة الأهلية الأولية البالغة 90 يومًا. يُقدر عبء الإبلاغ العام لمجموعة المعلومات هذه بمتوسط 0.3 ساعة لكل مستجيب ، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات ، وجمع البيانات المطلوبة والحفاظ عليها ، ومراجعة جمع المعلومات. هذه المجموعة من المعلومات مطلوبة لطلب تمديد للمساعدة المؤقتة (42 U.S.C. القسم 1313). لا يجوز للوكالة إجراء أو رعاية مجموعة من المعلومات الخاضعة لمتطلبات قانون تخفيض الأعمال الورقية لعام 1995 ، وليس مطلوبًا من الشخص الرد عليها ، ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا حاليًا. رقم OMB هو 0970- 0474 وتاريخ انتهاء الصلاحية هو 2025/06/30. إذا كان لديك أي تعليقات على هذه المجموعة من المعلومات ، يرجى الاتصال بـ 330 C the U.S. Repatriation Program, St. SW, Washington, D.C. 20201.

الجزء الأول: معلومات الشخص الذي أعيد إلى وطنه.			
1. اسم العائلة	2. الاسم الأول	3. الاسم الأوسط	
4. رقم القضية	5. رقم الضمان الاجتماعي	6. تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة).	7. تاريخ الطلب (الشهر / اليوم / السنة).

القسم الثاني: معلومات المعال		
8. أدخل المعلومات التابعة. إذا كان هناك أكثر من 5 ، استخدم ورقة منفصلة.		
الاسم (الأخير ، الأول ، الأوسط).	تاريخ الميلاد (شهر / يوم / سنة)	العلاقة بالشخص الذي أعيد إلى وطنه
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

القسم الثالث: التبرير	
حدد كل ما ينطبق وقدم المعلومات الداعمة للاختيارات.	
9. سبب (أسباب) طلب التمديد. <input type="checkbox"/> العمر <input type="checkbox"/> عجز <input type="checkbox"/> عدم وجود إعداد مهني	
10. معلومات إضافية.	

القسم الرابع: الأهلية					
11. تقييم ذاتي					
أ. هل تعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
ب. هل أنت جزء من أي دعوى قضائية معلقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
ج. هل تمتلك أي أصول سواء في الولايات المتحدة أو في الخارج (مثل المنازل والأشهر والأراضي)؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، قَدِّم المبلغ الإجمالي المقدَّر. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا \$ _____					
12. الفوائد. أكمل الجدول أدناه إذا كنت تتلقى و / أو تتوقع الحصول على مساعدة عامة.					
الاسم (الأخير ، الأول ، الأوسط).	نوع المساعدة المطبقة على (على سبيل المثال ، SSI ، TANF (Medicaid	تاريخ تقديم الطلب (YYYY / MM / DD)	حالة الطلب: معلق ، موافق عليه ، مرفوض ، آخر	تاريخ قبول الطلب	المبلغ المستلم أو المتوقع استلامه
1. الذات					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
					المجموع
13. معلومات إضافية					
14. دخل الأسرة الشهري.					
اسم العائلة	الاسم الأول	الراتب أو الأجور بالدولار	نوع الدخل المستلم (على سبيل المثال ، إعالة الطفل ، دخل الضمان الاجتماعي ، إلخ).	مصدر دخل آخر	
15. دخل الأسرة المجمع الشهري الحالي					
الراتب أو الأجور \$ _____		أخرى (مساعدة) \$ _____		الإجمالي: دولار _____	
16. المصاريف الشهرية الثابتة					
			الدفع الشهري		
إيجار					
خدمات					
طعام					
النقل (على سبيل المثال ، العام أو النقل المشترك)					
أسرة					
تأمين					
التكاليف الطبية					
نفقات أخرى					
المجموع					

المبلغ الإجمالي مملوكة حالياً	الدفع الشهري	17. القروض والمطلوبات
		الرهن العقاري (إذا كان مختلفاً عن الإيجار)
		سيارة
		محامي / مصاريف قانونية
		أثاث
		الضرائب المستحقة
		قروض مستحقة الدفع (للبنوك ، شركة التمويل ، إلخ.)
		بطاقات الائتمان
		دعم الطفل
		قروض وديون أخرى (يرجى التحديد):
		قروض وديون أخرى (يرجى التحديد):
		المجموع

القسم الخامس: توقيع مقدم الطلب أو الممثل المعتمد	
من خلال التوقيع على هذا المستند ، أشهد أنه صحيح وكامل ودقيق على حد علمي. أدرك أن أي معلومات خاطئة أو وهمية أو احتيالية قد تعرضني لعقوبات جنائية أو مدنية أو إدارية. (قانون الولايات المتحدة ، العنوان 18 ، القسم 1001)	
19. التاريخ (YYYY / MM / DD)	18. توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض

القسم السادس: معلومات الممثل المعتمد (إن أمكن)		
22. الاسم الأوسط للممثل	21. الاسم الأول للممثل	20. الاسم الأخير للممثل
25. عنوان البريد الإلكتروني	24. رقم التليفون	23. العلاقة

## معلومات عامة

**الغاية:** الأفراد الذين يتلقون حاليًا مساعدة مؤقتة من خلال برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة ، والذين لا يستطيعون الحصول على الدعم الذاتي أو الرعاية الذاتية بسبب العمر أو الإعاقة أو نقص الإعداد المهني ، يمكنهم استخدام هذا النموذج لطلب تمديد لفترة الأهلية بعد الفترة الأولية. فترة 90 يومًا لكل 212.4 CFR 45.

**من يجب عليه إكمال هذا النموذج:** يمكن إكمال هذا النموذج من خلال:

- البالغون الذين يتقدمون بطلب نيابة عن أنفسهم ومن يعولونهم ؛
- ممثل بالغ لطفل قاصر (والد أو وصي أو ممثل قانوني) ؛ أو
- ممثل بالغ لشخص بالغ يعاني من إعاقة عقلية أو جسدية.

**متى تقدم:** يجب تقديم طلبات التمديد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا قبل نهاية فترة الأهلية الحالية.

**مكان التقديم:** يجب تقديم هذا النموذج وجميع المستندات

الداعمة إلى ، ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

إخلاء المسؤولية : ينص القانون 18 من قانون الولايات المتحدة 1001 على أن الفرد الذي "عن قصد وعن عمد - (1) يزور أو يخفي أو يتستر بأي حيلة أو مخطط أو جهاز حقيقة مادية ؛ (2) يقدم أي بيان أو تمثيل كاذب ماديًا أو وهميًا أو احتياليًا ؛ أو (3) صنع أو استخدم أي كتابة أو مستند مزيف يعرف ذلك لاحتواء أي بيان أو إدخال خاطئ ماديًا أو وهميًا أو احتياليًا ؛ بغرامة بموجب هذا العنوان ، بالسجن لمدة لا تزيد عن 5 سنوات ... أو كليهما".

## تعليمات محددة

**الجزء الأول: معلومات الشخص الذي أعيد إلى وطنه.**

**البند 1. اسم العائلة.** أدخل اسم عائلتك.

**البند 2. الاسم الأول.** أدخل اسمك الأول.

**البند 3. الاسم الأوسط.** أدخل اسمك الأوسط. إذا كان الجواب لا إذا لم يكن هناك اسم وسط ، فاكتب "NMN".

**البند 4. رقم القضية.** أدخل رقم حالتك. (إذا لم يكن لديك هذه المعلومات ، يرجى الاتصال بمسؤول الحالة الخاص بك للحصول على المساعدة).

**البند 5. رقم الضمان الاجتماعي.** أدخل رقم الضمان الاجتماعي المكون من تسعة أرقام.

**البند 6. تاريخ الميلاد.** أدخل تاريخ ميلادك. تنسيق الشهر واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

**البند 7. تاريخ الطلب.** اذكر تاريخ طلب التمديد. تنسيق الشهر واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

## القسم الثاني: معلومات المعال

**البند 8 أدخل المعلومات التابعة.** قدم الاسم (الأسماء) الكامل وتاريخ (تواريخ) ميلاد المعال (المعالين) الخاص بك ، وعلاقتهم بك (على سبيل المثال ، الوالد المعوق ، الطفل القاصر ، إلخ).

## القسم الثالث: التبرير

**البند 9 سبب (أسباب) طلب التمديد.** حدد جميع المربعات التي تنطبق. قدم شرحًا مكتوبًا في المساحة المتوفرة لكل سبب من الأسباب المختارة لطلب التمديد. استخدم ورقًا إضافيًا إذا لزم الأمر. بالإضافة إلى ذلك ، أرفق جميع المستندات الداعمة المعمول بها لإثبات مطالبتك. على سبيل المثال ، إذا كنت تدعي الإعاقة ، فقم بتضمين خطاب من مقدم الرعاية الطبية الخاص بك يشير إلى إعاقتك.

**البند 10. معلومات إضافية.** استخدم هذه المساحة لتقديم أي خلفية أخرى.

## القسم الرابع: جدارة - أهلية

**البند 11 تقييم ذاتي.** املأ جميع البنود ac.

**البند 12 الفوائد.** بالنسبة لكل خدمات تلقي إعادة إلى الوطن بموجب برنامج إعادة التوطين في الولايات المتحدة ، حدد نوع (أنواع) المساعدة الحكومية الفيدرالية أو الحكومية الأخرى التي يتلقونها أو يتوقعون تلقيها ، ومقدار الاستحقاق ، بالإضافة إلى تقديم الطلب وتواريخ القبول ، و حالة التطبيق. قم بتوفير إجمالي في الصف الأخير.

**البند 13 معلومات إضافية.** استخدم هذه المساحة لتقديم أي خلفية أخرى.

**البند 14 دخل الأسرة الشهري.** لكل فرد من أفراد أسرته يحقق دخلاً ، املأ صفاً وقدم تفاصيل كل عمود.

**البند 15 دخل الأسرة المجمع الشهري الحالي.** اجمع بين دخلك ودخل أفراد أسرته في المساحة المتوفرة.

**البند 16 المصاريف الشهرية الثابتة.** توفير القسط الشهري في المساحات المخصصة لكل صف. قم بتوفير إجمالي في الصف الأخير.

**البند 17 القروض والمطلوبات.** قم بتوفير الدفعة الشهرية والمبلغ الإجمالي المستحق حاليًا في المساحات المخصصة لكل صف. على سبيل المثال ، لديك دفعة طبية شهرية قدرها 150 دولارًا ، والمبلغ الإجمالي المستحق هو الرصيد المتبقي ، وهو 500 دولار. قم بتوفير الإجماليات في الصف الأخير.

**القسم الخامس: توقيع مقدم الطلب أو الممثل المعتمد**

**البند 18 توقيع مقدم الطلب أو الممثل المفوض.** يجب على طالب إعادة إلى الوطن أو الممثل المفوض التوقيع هنا.

**البند 19 التاريخ (YYYY / MM / DD).** اكتب تاريخ التوقيع. تنسيق الشهر واليوم المكون من رقمين والسنة المكونة من أربعة أرقام.

**القسم السادس: معلومات الممثل المعتمد (إن أمكن)**

**البند 20 اسم العائلة.** تقديم المفوض الاسم الأخير للممثل.

**البند 21 الاسم الأول.** تقديم المفوض الاسم الأول للممثل.

**البند 22 الاسم الأوسط.** تقديم المفوض الاسم الأوسط للممثل. إذا لم يكن هناك اسم وسط ، فاكتب "NMN".

**البند 23 علاقة.** حدد علاقة الممثل المفوض بالمواطن الأمريكي مقدم الطلب. مثال: الوالد ، الوصي القانوني.

**البند 24 رقم التليفون.** أدخل رقم الهاتف الأساسي ، بما في ذلك رمز المنطقة ، للتواصل بشأن طلب تمديد المساعدة المؤقتة للعائدين.

**البند 25 عنوان البريد الإلكتروني.** أدخل عنوان البريد الإلكتروني الأساسي للتواصل بشأن طلب تمديد المساعدة المؤقتة للعائدين.