

ПРОГРАММА РЕПАТРИАЦИИ США ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ

ЗАКОН 1995 г. О СОКРАЩЕНИИ БУМАЖНОЙ РАБОТЫ (Pub. L. 104-13) ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ: Целью данного сбора информации является запрос на продление временной помощи в рамках Программы репатриации США после истечения первоначального 90-дневного срока действия права на получение помощи. Затрата времени, связанного с предоставлением 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 подачи запроса на продление временной помощи (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 оно не имеет действующего контрольного номера ОМВ. Номер ОМВ 0970- 0474, срок окончания действия 30/06/2025. Если у вас есть какие-либо комментарии по этому сбору информации, свяжитесь с U.S. Repatriation Program, 330 C St. SW, Washington, D.C. 20201.

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ

1. Фамилия	2. Имя	3. Отчество	
4. Номер дела	5. Номер социального страхования	6. Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	7. Дата заявления (ММ/ДД/ГГГГ)

РАЗДЕЛ II: ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЖДИВЕНЦАХ

8. Введите информацию об иждивенцах. Если их больше 5, используйте дополнительный лист бумаги.

Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Отношение к репатрианту
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

РАЗДЕЛ III: ОБОСНОВАНИЕ

Отметьте все, что применимо, и предоставьте подтверждающую информацию для выбора.

9. Причина(ы) запроса на продление.
- ☐ Возраст
- ☐ Инвалидность
- ☐ Отсутствие профессиональной подготовки

10. Дополнительная информация.

РАЗДЕЛ IV: ПРИЕМЛЕМОСТЬ					
11. Самооценка					
а. Вы работаете?					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
б. Являетесь ли вы стороной какого-либо незавершенного судебного процесса?					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
в. Владеете ли вы каким-либо имуществом в США или за рубежом (например, домами, акциями, землей)? Если да, укажите примерную общую сумму.					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет \$ _____
12. Льготы Заполните приведенную ниже таблицу, если вы получаете и/или ожидаете получения государственной помощи.					
Имя (Фамилия, Имя, Отчество)	Тип запрашиваемой помощи (например, TANF, SSI, Medicaid)	Дата подачи заявления (ММ/ДД/ГГГГ)	Статус заявления : В ожидании, одобрено, отклонено, Другое	Дата принятия заявления	Полученная или ожидаемая к получению сумма
1. CAM					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Всего					
13. Дополнительная информация					
14. Ежемесячный доход семьи					
Фамилия	Имя	Оклад или заработная плата \$	Тип получаемого дохода (например, алименты, SSI и т. д.)	Другие доходы	
15. Текущий ежемесячный совокупный доход семьи					
Оклад или заработная плата \$ _____		Другое (помощь) \$ _____		Всего: \$ _____	
16. Фиксированные ежемесячные расходы				Ежемесячная оплата	
Аренда					
Коммунальные услуги					
Еда					
Транспорт (например, общественный или совместный)					
Семья					
Страхование					
Медицинские расходы					
Прочие расходы					
Всего					

17. Кредиты и обязательства	Ежемесячная оплата	Общая сумма В настоящее время задолженность
Ипотека (если отличается от аренды)		
Машина		
Юрист / Юридические расходы		
Мебель		
Задолженность по налогам		
Задолженность по кредитам (банкам, финансовой компании и т. д.)		
Кредитная(ые) карта(ы)		
Содержание детей		
Прочие кредиты и долги (укажите):		
Прочие кредиты и долги (укажите):		
Всего		

РАЗДЕЛ V: ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	
<p>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)</p>	
18. Подпись заявителя или уполномоченного представителя	19. Дата (ММ/ДД/ГГГГ)

РАЗДЕЛ VI: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УПОЛНОМОЧЕННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		
20. Фамилия представителя	21. Имя представителя	22. Отчество представителя
23. Отношение	24. Номер телефона	25. Адрес электронной почты

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Цель: Лица, получающие в настоящее время временную помощь по Программе репатриации в США, которые не в состоянии самостоятельно обеспечивать себя или уход за собой в силу возраста, инвалидности или отсутствия профессиональной подготовки, могут использовать эту форму для запроса продления срока действия права на получение помощи сверх первоначального 90-дневного периода в соответствии с 45 CFR 212.4.

Кто должен заполнять эту форму: Эта форма может быть заполнена:

- Взрослыми, подающими заявление от своего имени и от имени своих иждивенцев;
- Совершеннолетним представителем несовершеннолетнего ребенка (родитель, опекун или законный представитель); или
- Взрослым представителем умственно или физически неполноценного взрослого человека.

Когда подавать: Запросы на продление должны быть поданы не позднее, чем за 30 дней до окончания текущего периода действия права на подачу.

Куда отправлять: Эта форма и все подтверждающие документы должны быть предоставлены в ISS-USA, 1120 N. Charles St., Suite 300, Baltimore, MD 21201.

Отказ от ответственности : Раздел 18 Кодекса США 1001 гласит, 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) делает или использует любую фальшивую запись или документ, зная, что он содержит любое существенно ложное, фиктивное или мошенническое заявление или запись; подлежит штрафу в соответствии с этим титулом, тюремному заключению на срок не более 5 лет... или и то, и другое».

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ О РЕПАТРИАНТЕ

Пункт 1. Фамилия. Укажите свою фамилию.

Пункт 2. Имя. Укажите свое имя.

Пункт 3. Отчество. Укажите свое отчество. Если нет

Если отчество отсутствует, введите «NMN».

Пункт 4. Номер дела. Сообщите номер вашего дела. (Если у вас нет этой информации, обратитесь за помощью к своему специалисту по работе с клиентами).

Пункт 5. Номер социального страхования.

Укажите свой девятизначный номер социального страхования.

Пункт 6. Дата рождения. Укажите дату своего рождения. Формат: месяц и день из двух цифр, год из четырех цифр.

Пункт 7. Дата заявления. Укажите дату заявления на продление. Формат: день и месяц из двух цифр, год из четырех цифр.

РАЗДЕЛ II: ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЖДИВЕНЦАХ

Пункт 8. Введите информацию об иждивенцах. Укажите полное имя (имена) и дату (даты) рождения вашего иждивенца (иждивенцев), а также их отношение к вам (например, нетрудоспособный родитель, несовершеннолетний ребенок и т.д.).

РАЗДЕЛ III: ОБОСНОВАНИЕ

Пункт 9. Причина(ы) заявления на продление. Отметьте все подходящие поля. Предоставьте письменное объяснение в отведенном месте по каждой из выбранных причин для заявления на продление. При необходимости используйте дополнительную бумагу. Кроме того, приложите все необходимые подтверждающие документы для обоснования вашего заявления. Например, если вы заявляете об инвалидности, приложите письмо от вашего врача с указанием вашей инвалидности.

Пункт 10. Дополнительная информация. Используйте это место для предоставления любой дополнительной информации.

РАЗДЕЛ IV: ПРИЕМЛЕМОСТЬ

Пункт 11. Самооценка. Заполните все позиции а-с.

Пункт 12. Льготы Для каждого репатрианта, получающего услуги в рамках Программы репатриации США, укажите, какой вид (виды) другой федеральной или государственной помощи он получает или ожидает получить, и размер пособия, а также даты подачи и принятия заявления и статус заявления. Укажите итог в последней строке.

Пункт 13. Дополнительная информация.

Используйте это место для предоставления любой дополнительной информации.

Пункт 14. Ежемесячный доход семьи. Для каждого члена вашей семьи, получающего доход, заполните строку и укажите данные для каждого столбца.

Пункт 15. Текущий месячный совокупный доход семьи. Объедините свой доход и доход членов вашей семьи в отведенном для этого месте.

Пункт 16. Фиксированные ежемесячные расходы.

Укажите размер ежемесячного платежа в отведенных для каждой строки местах. Укажите итог в последней строке.

Пункт 17. Кредиты и обязательства. Укажите ежемесячный платеж и общую сумму текущей задолженности в отведенных для каждой строки местах. Например, у вас ежемесячный медицинский платеж составляет \$150, а общая сумма к оплате - это остаток, который составляет \$500. Приведите итоговые данные в последней строке.

РАЗДЕЛ V: ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Пункт 18. Подпись заявителя или уполномоченного представителя. Заявитель-репатриант или уполномоченный представитель должны расписаться здесь.

Пункт 19. Дата (ММ/ДД/ГГГГ). Укажите дату подписания. Формат: день и месяц из двух цифр, год из четырех цифр.

РАЗДЕЛ VI: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УПОЛНОМОЧЕННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

Пункт 20. Фамилия. Укажите фамилию уполномоченного представителя.

Пункт 21. Имя. Укажите имя уполномоченного представителя.

Пункт 22. Отчество. Укажите отчество уполномоченного представителя. Если отчество отсутствует, введите «NMN».

Пункт 23. Отношение. Укажите отношение уполномоченного представителя к заявителю-гражданину США. Пример: родитель, законный опекун.

Пункт 24. Номер телефона. Введите основной телефонный номер, включая код города, для связи по заявлению о продлении временной помощи репатрианту.

Пункт 25. Адрес электронной почты. Введите основной адрес электронной почты, чтобы сообщить о заявлении о продлении временной помощи репатрианту.