

Запрос на уход за детьми вне дома

ИМЯ РЕБЕНКА / ПОДРОСТКА		ВОЗРАСТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ИМЯ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ЗАКОННОГО ОПЕКУНА (СМ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИЖЕ)			ДАТА ЗАПРОСА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
Ребенок проживает с вами по этому адресу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, дайте объяснение:			
Я / мы являемся законными и опекающими родителями этого ребенка. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если применимо, родители или законный опекун должны предоставить судебный документ, подтверждающий их опекунские права. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ РЕБЕНКЕ			
ТЕКУЩИЙ ДОМАШНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДИТЕЛЕЙ		АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ	
ТЕКУЩИЙ ДОМАШНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДИТЕЛЕЙ		АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ	
ТЕКУЩИЙ РАБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДИТЕЛЕЙ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ	ТЕКУЩИЙ МОБИЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ТЕКУЩИЙ РАБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДИТЕЛЕЙ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ	ТЕКУЩИЙ МОБИЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Подписывая этот документ, вы подтверждаете, что являетесь опекающим родителем ребенка/подростка указанного выше. Одному из опекающих родителей необходимо поставить подпись и дату на форме запроса, если только решения, принимаемые судом об альтернативном месте проживания, не должны приниматься анонимно; либо есть доказательства, что один из родителей явным образом отказывается от родительских обязанностей. Родители или законный опекун могут прекратить оказание услуг в любое время. WAC 388-826-0005 Административного кодекса штата Вашингтон определяет родителей как биологических или приемных родителей, опекунов, или законных опекунов, обладающих законными правами принимать решения от имени ребенка в отношении услуг здравоохранения и социальных льгот.			
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ЗАКОННОГО ОПЕКУНА		ДАТА	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ		ДАТА	
ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА ОНС ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА		ДАТА	

РАСПРОСТРАНЕНИЕ: Копии: родителю; в дело клиента; менеджеру HQ программы предоставления ухода за ребенком с проживанием