

የማሳደግ ፍቃድ የሌለው ወላጅ የልጆች ማሳደግ ድጋፍ ማስፈጸምያ

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

እባክዎትን በተቻለው መጠን እያንዳንዱን ጥያቄ ይመልሱ። ከፊርማዎ በስተቀር፣ መልስዎችዎን በስማያዊ ወይም በጥቁር ቀለም ብቻ ይጻፉ-ባቸው። መልሱን ካላወቁ በከፍተኛ ቦታ ላይ “UNK” ብለው ይጻፉ። ጥያቄውን ለመመለስ ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ ሌላ ወረቀት ይጠቀሙ እና ከዚህ ቅጽ ጋር ያያይዙት። የሕፃናት ድጋፍ ክፍል (DCS) በ IV-D ማህበራዊ ደህንነት ሕግ መሰረት የማህበራዊ ደህንነት ቁጥር ተጠቅሞ ለልጅ ድጋፍ ለማስፈጸም ዓላማ ይጠቀምበታል።

I. የእርስዎ የግል መረጃ

1. ሙሉ ስም	የእያት	ስም	የአባት ስም	2. የትውልድ ቀን	3. ጾታ	4. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር
----------	------	----	---------	-------------	-------	--------------------

5. የሚጠቀሙባቸው ሌሎች ስሞች

6. ዘር	7. ቁመት	8. ክብደት	9. የፀጉር ቀለም	10. የዓይን ቀለም
-------	--------	---------	-------------	--------------

11. ከእንግሊዝኛ ውጪ በሌላ ቋንቋ ደብዳቤውን ማግኘት ከፈለጉ፣ ቋንቋው ይዘርዝሩ።

12. ትውልድ ቦታ:	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ሀገር
--------------	-----	---------	-----

13. የህንድ ጎሳ አባል ናት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የትኛው ጎሳ?

14. የተከለለ ቦታ ላይ ነው የሚኖሩት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ የትኛው የተከለለ ቦታ?

15. የፖስታ መላኪያ አድራሻ የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
--	-----	---------	-------

16. የመኖርያ አድራሻ: የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር (ከፖስታ አድራሻ የተለየ ከሆነ)	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
--	-----	---------	-------

17. የቤት ስልክ ቁጥር ()	18. መልዕክት መቀበያ / ሞባይል ስልክ ቁጥር ()	19. የስራ ስልክ ቁጥር: ()
---------------------	-----------------------------------	----------------------

20. የእናት ሙሉ ስም: (በሂወት ባይኖሩም እንኳን ይግለፁ)	የእያት ስም	ስም	የአባት
--	---------	----	------

21. የእናት የትዳር ሙሉ ስም:	የእያት ስም	ስም	የአባት
----------------------	---------	----	------

22. የእናት አድራሻ: የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
--	-----	---------	-------

23. የአባት ሙሉ ስም: (በሂወት ባይኖሩም እንኳን ይግለፁ)	የእያት ስም	ስም	የአባት
--	---------	----	------

24. የአባት አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
----------------	---------------------------	-----	---------	-------

25. የጦር ሀይል ተጠባባቂ ሀይል አባል ናት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ ከ26-28 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 29 ይሂዱ።

26. የአገልግሎት ቅርንጫፍ	27. <input type="checkbox"/> ተጠባባቂ ሀይል: <input type="checkbox"/> ሀገራዊ ጥበቃ	28. የግዳጅ ጣብያ
-------------------	---	--------------

DCS ሊያገኙት የሚችልበትን የሚከተሉትን ዘመዶች፣ ጓደኞች ወይ ቦታ መረጃ ይግለፁ:

29. ስም	30. ፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር:	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ
--------	-------------------------------	-----	-----	-------

31. ስልክ ቁጥር	32. ከእርስዎ ጋር ያላቸው ግንኙነት
-------------	-------------------------

33. ስም	34. ፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር:	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ
--------	-------------------------------	-----	-----	-------

35. ስልክ ቁጥር	36. ከእርስዎ ጋር ያላቸው ግንኙነት
-------------	-------------------------

II. የሰራና የማህበር መረጃዎ

DCS ማመልከቻዎን ሂደት እንዲጀምር፣ አባከዎትን የመጨረሻ ሰዓት ከፍተኛ ደረጃ ወይ የከፍተኛ ማስረጃ ቅጂ ያያይዙ።

1. በግል ነው የሚሰሩት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ ከ2-4 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 5 ይሂዱ።

2. የድርጅቱ ስም	3. <input type="checkbox"/> የግል ባለቤት <input type="checkbox"/> ማህበር <input type="checkbox"/> አጋር
-------------	---

4. የድርጅቱ አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
----------------	---------------------------	-----	---------	-------

5. የአሰሪ ስም	<input type="checkbox"/> ዓመቱን ሙሉ የሚያሰሩ አሰሪ <input type="checkbox"/> ወቅታዊ ስራ የሚያሰሩ አሰሪ
------------	--

6. የአሰሪው አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
----------------	---------------------------	-----	---------	-------

7. የአሰሪዎ ስልክ ቁጥር	8. በሳምንት የሚሰሩበት ቀን	9. የሚሰሩበት ሰዓት
------------------	--------------------	---------------

10. <input type="checkbox"/> አሰሪዎ የህንድ ጎሳ ነው <input type="checkbox"/> አሰሪዎ ባለቤትነቱ የጎሳ የሆነ ጎሳ ሲሆን	<input type="checkbox"/> አሰሪዎ ባለቤትነቱ የህንድ የሆነ ጎሳዎና ጥበቃ በሚደረግበት አካባቢ ይገኛል <input type="checkbox"/> አሰሪዎ ከህንድ ጎሳ ጋር የተያያዘ አይደለም
---	--

11. የሰራተኞች ማህበር አባል ናት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ ከጥያቄ 12-14 ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ክፍል III ይሂዱ።

12. የማህበሩ ስም	13. የአካባቢ ቁጥር
--------------	---------------

14. የማህበሩ አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
-----------------	---------------------------	-----	---------	-------

III. የጤና ኢንሹራንስ መረጃዎ

1. በአሰሪዎ፣ ማህበር ወይ የህንድ ጤና አገልግሎት አማካኝነት የጤና ኢንሹራንስ ቀርቦሎታል? አይ አዎ።
 መልስዎ አዎ ከሆነ ከጥያቄ 2-7 ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 8 ይሂዱ።

2. የኢንሹራንስ ድርጅት ስም	3. የውል ቁጥር	4. የቡድን ቁጥር
--------------------	------------	-------------

5. የኢንሹራንስ ድርጅት አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
-----------------------	---------------------------	-----	---------	-------

6. የሽፋን ዓይነት: <input type="checkbox"/> ሜዲካል ብቻ <input type="checkbox"/> ሜዲካልና የጥርስ <input type="checkbox"/> የጥርስ ብቻ <input type="checkbox"/> ሌሎች(ይዘርዝሩ): _____	7. የተጀመረበት ቀን
---	---------------

8. ሌላ የጤና ኢንሹራንስ አሎት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ ከጥያቄ 9-14 ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 15 ይሂዱ።

9. የሌላ ኢንሹራንስ ድርጅት ስም	10. የውል ቁጥር	11. የቡድን ቁጥር
-----------------------	-------------	--------------

12. የሌላ ኢንሹራንስ ድርጅት አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
---------------------------	---------------------------	-----	---------	-------

13. የሽፋን ዓይነት: <input type="checkbox"/> ሜዲካል ብቻ <input type="checkbox"/> ሜዲካልና የጥርስ <input type="checkbox"/> የጥርስ ብቻ <input type="checkbox"/> ሌሎች(ይዘርዝሩ): _____	14. የተጀመረበት ቀን
--	----------------

15. የጤና ሽፋኖ በዚህ ጉዳይ ላይ የተካተቱትን ህፃናት ይሸፍናል? አይ አዎ።
 መልሱት አዎ ከሆነ ጥያቄ 16 እና 17 ይመልሱ። መልስዎ አይሸፍንም ከሆነ ወደ ክፍል IV ይሂዱ።

16. የአያንዳንዱ ልጅ ወርሀዊ ኢንሹራንስ ጥሪም የሽፋን \$	17. ልጆቹን የሚሸፍነው አጠቃላይ የኢንሹራንስ ጥሪም የሽፋን \$
---	--

IV. የፋይናንስ መረጃዎ

1. አጠቃላይ በወር የሚገኙት ገቢ \$	2. የተጣራ በወር የሚገኙት ገቢ \$	3. የክፍያ ግዜ: <input type="checkbox"/> በሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት <input type="checkbox"/> በወር <input type="checkbox"/> ሌላ: _____
-----------------------------	----------------------------	--

4. የባንክ ስም	5. የባንክ ቅርንጫፍ
------------	---------------

6. የባንክ አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
---------------	---------------------------	-----	---------	-------

IV. የፋይናንስ መረጃዎ (የቀጠለ)

7. የጡረታ ጥቅሞች አግኝተዋል? አይ አዎ:: መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ከማን?

የ **ውትድርና** ጡረታ ጥቅሞች ካገኙ ጥያቄ 8 እና 9 ይመልሱ:: ካላገኙ ወደ ጥያቄ 10 ይሂዱ::

8. ጡረታ የወጡበት አርከን 9. የአገልግሎት ቅርንጫፍ

10. የሰራተኞች ካሳ ጥቅም አግኝተዋል? አይ አዎ::
 መልስዎ አዎ ከሆነ ወደ ጥያቄ 11 እና 12 ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 13 ይሂዱ::

11. ጥቅሙን ማን ይከፍላል? 12. የካሳ የይገባኛል ቁጥር

13. ከደሞዝ ውጪ ሌላ ገቢ አሎት? አይ አዎ:: መልስዎ አዎ ከሆነ ምንጩን ይግለጹ::

14. ንብረት አሎት? አይ አዎ:: መልስዎ አዎ ከሆነ ጥያቄ 15 እና 16 ይመልሱ:: መልስዎ የለኝም ከሆነ ወደ ክፍል V ይሂዱ::

15. ንብረቱ የሚገኝበት አካባቢ 16. የንብረት ዓይነት (ሪልኬት፣ መርከብ፣ መኪና፣ ወዘተ)

V. ትዳር፣ የአባትነት የህፃናት ድጋፍ ትእዛዝ መረጃዎ

ሁሉም የአባትነት ማረጋገጫ፣ የፍርድ ቤት ትእዛዝ፣ አስተዳደራዊ ትእዛዝና የተፃፈ የልጆች ማሳደግ ድጋፍ ስምምነት ቅጂ ያያይዙ::

1. የልጆትን ወላጅ የት ነው ያገቡት? አይ አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ ከ2-4 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 10 ይሂዱ::

2. ያገቡበት ቀን: 3. የተጋቡበት ቦታ: ከተማ ካውንቲ ስቴት ሃገር

4. ከልጅ ወላጅ ጋር ተፋተዋል? አይ አዎ::
 መልስዎ አዎ ከሆነ ጥያቄ 5 እና 6 ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 7 ይሂዱ::

5. ፍቺ የተፈጸመበት ቀን 6. ፍቺ የተፈጸመበት ቦታ: ከተማ ካውንቲ ክፍለ ሀገር ወይ ጎሳ ሀገር

7. ከልጆች ወላጅ ጋር ተለያይተዋል (ሳይፋቱ)? አይ አዎ::
 መልስዎ አዎ ከሆነ ጥያቄ 8 እና 9 ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 10 ይሂዱ::

8. የተለያዩበት ቀን 9. የተለያዩበት ቦታ: ከተማ ካውንቲ ስቴት ሃገር

10. ከልጆች ወላጅ ጋር ተጋብተው ካልነበረ፣ ፍርድ ቤቱ ወይ የጎሳ ፍርድ ቤቱ የልጆቹን አባት ስም እንዲታዘዝ አድርጎ ነበር? አይ አዎ::
 መልስዎ አዎ ከሆነ ከ11-13 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 14 ይሂዱ::

11. ትእዛዙ የገባበት ቀን: 12. ትእዛዙ የገባበት ቦታ: ከተማ ካውንቲ ክፍለ ሀገር ወይ ጎሳ ሀገር

13. የአባት ሙሉ ስም: የአያት ስም ስም የአባት

14. የአባትነት ቃለ መሀላ ፈርመዋል? አይ አዎ:: መልስዎ አዎ ከሆነ ከ15-16 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 17 ይሂዱ::

15. የተፈረመበት ቀን 16. የሞላበት ቦታ: ከተማ ካውንቲ ስቴት ሃገር

17. ልጆቹ የተረገዙበት ክፍለ ሀገር ወይ የጎሳ ጥበቃ ስም

18. ሌላ የህፃናት ማሳደግ ድጋፍ ትእዛዝ አሎት? አይ አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ ከ 19-21 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 22 ይሂዱ::

19. የገባበት ቀን: 20. የምክንያት ቁጥር (የሚታወቅ ከሆነ) 21. የገባበት ቦታ: ካውንቲ ክፍለ ሀገር ወይ ጎሳ ሀገር

22. ለሚሰጡት የሚከፍሉት የፍቺ ክፍያ (አሊሞኒ) አለ? አይ አዎ መልስዎ አዎ ከሆነ ጥያቄ 23 እና 24 ይመልሱ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 25 ይሂዱ::

23. የተከፈለበት ቀን 24. የተከፈለው ሰው ስም

V. ትዳር፣ የአባትነት የህፃናት ድጋፍ ትእዛዝ መረጃዎ (የቀጠለ)

25. ለሌላ የልጆች ማሳደግያ ኤጀንሲ ስቴት ወይ ጎሳ የልጆች ማሳደግያ ክፍለው ያውቃሉ? አይ አዎ።

መልሱን አዎ ከሆነ ጥያቄ 26 እና 27 ይምሉ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 28 ይሂዱ።

26. የተከፈለበት ቀን

27. የኤጀንሲው ስም

28. በፍርድ ቤት ግራ አማካኝነት የህፃናት ድጋፍ ክፍለው ያውቃሉ? አይ አዎ።

መልሱን አዎ ከሆነ ጥያቄ 29 እና 30 ይምሉ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 31 ይሂዱ።

29. የተከፈለበት ቀን

30. የተከፈለበት ቦታ: ካውንቲ ክፍለ ሀገር ወይ ጎሳ

31. የልጆች ማሳደግያ ድጋፍ ክፍያ መጠን ላይ ለውጥ ሊያመጣ የሚችል ሁሉም የቃል ወይ የፅሁፍ ስምምነት ይግለፁ።

VI. መረጃ ስለ ሌላው ወላጅ

ይህ ክፍል በዚህ ማመልከቻ ላይ ስለተጠቀሰው ሌላኛው ወላጅ መረጃ ነው።

1. ሙሉ ስም:	የአያት ስም	የአባት ስም	2. የትውልድ ቀን	3. ጾታ	4. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር
-----------	---------	---------	-------------	-------	--------------------

5. ሌላ ጥቅም ላይ የሚውል ስም

6. ሌላኛው ወላጅ ከእንግሊዝኛ ውጪ ደብዳቤውን በሌላ ቋንቋ መቀበል ከፈለጉ፣ ቋንቋውን ይግለፁ።

7. ትውልድ ቦታ:	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ሀገር
-------------	-----	---------	-----

8. ሌላኛው ወላጅ የህንድ ጎሳ አባል ናት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ፣ የትኛው ጎሳ?

9. ሌላኛው ወላጅ የተከለለ ቦታ ላይ ነው የሚኖሩት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ የትኛው የተከለለ ቦታ?

10. የፖስታ መላኪያ አድራሻ የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
--	-----	---------	-------

11. የመኖርያ አድራሻ: የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር (ከፖስታ አድራሻ የተለየ ከሆነ)	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
---	-----	---------	-------

12. የቤት ስልክ ቁጥር ()	13. መልዕክት መቀበያ / ሞባይል ስልክ ቁጥር ()	14. የስራ ስልክ ቁጥር፡ ()
------------------------	--------------------------------------	-------------------------

VII. የሌላኛው ወላጅ የስራና ገቢ መረጃ

1. ሌላኛው ወላጅ የግል ስራ ነው የሚሰሩት? አይ አዎ። መልስዎ አዎ ከሆነ ከ2-4 ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ። መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 5 ይሂዱ።

2. የድርጅቱ ስም	3. <input type="checkbox"/> የግል ባለቤት <input type="checkbox"/> ማእከላዊ <input type="checkbox"/> አጋር
-------------	--

4. የድርጅቱ አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
----------------	---------------------------	-----	---------	-------

5. የአሰሪ ስም	6. <input type="checkbox"/> ዓመቱን ሙሉ የሚያሰሩ አሰሪ <input type="checkbox"/> ወቅታዊ ስራ የሚያሰሩ አሰሪ
------------	---

7. የአሰሪው አድራሻ:	የፖስታ ሳጥን ቁጥር ወይ የመንገድ ቁጥር	ከተማ	ክፍለ ሀገር	ዚፕ ኮድ
----------------	---------------------------	-----	---------	-------

8. የአሰሪዎ ስልክ ቁጥር	9. በሳምንት ውስጥ ስራ የተሰራበት ቀናት	10. የስራ ሰዓት
------------------	----------------------------	-------------

VII. የሌላኛው ወላጅ የሰራና ገቢ መረጃ (የቀጠለ)

11. <input type="checkbox"/> አሰሪ የሆነ ጎሳ ነው <input type="checkbox"/> አሰሪ የሆነ ባለስራት ነው	<input type="checkbox"/> አሰሪ ባለስራት የሆነ የሆነ ንግድ ጥበቃ በሚደረግበት አካባቢ ይገኛል <input type="checkbox"/> አሰሪ ከሆነ ጎሳ ጋር የተያያዘ አይደለም	
12. አጠቃላይ ወርሀዊ ገቢ \$ _____	13. የተጣራ ወርሀዊ ገቢ \$ _____	14. የክፍያ ግዜ: <input type="checkbox"/> በሳምንት <input type="checkbox"/> በወር ሁለት <input type="checkbox"/> በወር <input type="checkbox"/> ሌላ: _____

VIII. በዚህ ጉዳይ ውስጥ ያሉ ልጆች መረጃ

1. የልጆች ማሳደግ ድጋፍ እንዲከፈሉ የተጠየቁበት ወይ የልጆች ማሳደግ ድጋፍ እንዲከፈል የሚፈልጉት ወላጅ ጋር የሚኖሩትን ልጆች ዘርዝሩ::

A. ሙሉ ስም:	የአያት ስም	የአባት ስም	B. የትውልድ ቀን	C. ስታ	D. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር
E. ከአርስዎ ጋር ያለው ግንኙነት		F. የትውልድ ቦታ: ካውንቲ ክፍለ ሀገር			
G. ጎሳ			H. በጤና መድሃኖ የሚሸፈነው? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ		

2. ስቴት (ከዋሽንግተን ስቴት ውጪ) ወይ ጎሳ ከላይ ለተጠቀሱት ህፃናት የመንግስት ድጋፍ ተፈቅዶ ያውቃል?
 አይ አዎ መልሱን አዎ ከሆነ ጥያቄ 3 እና 4 ይሙሉ:: መልስዎ አይደለም ከሆነ ወደ ጥያቄ 5 ይሂዱ::

3. የተፈቀደበት ቀን (የቅርብ ግዜ)	4. የተፈቀደበት አካባቢ (የቅርብ ግዜ)	ካውንቲ ስቴት ወይ ጎሳ
-------------------------	---------------------------	----------------

5. እርስዎ የልጆች ማሳደግ መክፈል ባለባት ሰዓት ልጆቹ በተለያዩ ቤቶች ይኖሩ ነበር? አይ አዎ::
 መልስዎ አዎ ከሆነ ጥያቄ 6-11 ይሙሉ:: መልስዎ አልነበረም ከሆነ ወደ ክፍል IX ይሂዱ::

6. በቤቱ ውስጥ የሚኖሩ የማሳደግ ፍቃድ ያላቸው ስም	7. አካባቢ: ከተማ ክፍለ ሀገር	8. በቤቱ ውስጥ የነበሩበት ቀን
9. በቤቱ ውስጥ የሚኖሩ የማሳደግ ፍቃድ ያላቸው ስም	10. አካባቢ: ከተማ ክፍለ ሀገር	11. በቤቱ ውስጥ የነበሩበት ቀን

IX. በዚህ ቅጽ ላይ ለተገለጹ ህፃናት እርስዎ የክፈሉት የህፃናት ማሳደግ ድጋፍ

ባለፉት 10 ዓመታት በዚህ ጉዳይ ላይ ለተካተቱት ህፃናት የክፈሉት ሁሉም የህፃናት ድጋፍ ክፍያ ይዘርዘሩ። DCS እነዚህን ክፍያዎች የክፈሉትን ማረጋገጫ ሊጠይቁት ይችላል።

ዓመት/ወር					
ጥር					
የካቲት					
መጋቢት					
ሚያዝያ					
ግንቦት					
ሰኔ					
ሐምሌ					
ነሐሴ					
መስከረም					
ጥቅምት					
ህዳር					
ታህሳስ					
አጠቃላይ					

ዓመት/ወር					
ጥር					
የካቲት					
መጋቢት					
ሚያዝያ					
ግንቦት					
ሰኔ					
ሐምሌ					
ነሐሴ					
መስከረም					
ጥቅምት					
ህዳር					
ታህሳስ					
አጠቃላይ					

X. ማረጋገጫ

DCS ሌላኛውን ወላጅ የህክምና ድጋፍ ሀላፊነት እንዲያስከብር ከፈለጉ፣ የፈለጉትን የህክምና ማስፈጸም አገልግሎት ዓይነት ይምረጡ፡

- DCS ትእዛዙ ላይ በተቀመጠው መሰረት የምክፍለውን የህክምና ኢንሹራንስ ፕሮግራም ወጪ ሌላኛው ወላጅ በከፊል እንዲከፍሉ ወይ የጤና ኢንሹራንስ ሽፋን እንዲያቀርቡ እንዲያደርግ እፈልጋለሁ፡፡
- DCS በልጆቹ ስም የከፈለኳቸውን የሌላኛው ወላጅ ኢንሹራንስ ሽፋን የሌለው የህክምና ወጪ (WAC 388-14A-1020 እንደሚያስቀምጠው የጋራ ክፍያ፣ የሚቀነሱና ፕሮግራም ጨምሮ) እንዲሰበሰብ እፈልጋለሁ፡፡

የህፃናት ድጋፍ ማስፈጸም አገልግሎት እየጠየቅኩኝ ነው፡፡ DCS በስታቲው አፍ ሊሚቴሽን ገደብ የሌላቸውን የህፃናት ድጋፍ ዕዳ እንደሚሰበሰብ እገነዘባለሁ፡፡ ጥያቄው የህፃናት ድጋፍ ትእዛዜን በዋሽንግተን ስቴት ድጋፍ ምዝገባ (WSSR) ላይ እንደሚያሰፍር አውቃለሁ፡፡ የማቀርባቸው መረጃዎች የህፃናት ድጋፍ ለመጀመር፣ ለማስፈጸም ወይ ለማሻሻል ጥቅም ላይ እንደሚውሉ እረዳለሁ፡፡

አድራሻ ወይ ስራ ስቀይርና ለህፃናት ድጋፍ ክፍያ የምክፍለውን መጠን ሊቀይር የሚችሉ ሌሎች ነገሮች ሲኖሩ ለDCS ለማሳወቅ እስማማለሁ፡፡

ሁሉንም የህፃናት ድጋፍ ክፍያዎች ወደ DC ለመላክ እሳማማለሁ፡፡ የህፃናት ማሳደግ ግዴታዎን ለመወጣት DCS ወደ WSSR፣ የስቴት ፍርድ ቤት ወይ የህፃናት ድጋፍ ኤጀንሲ ወይ የጎሳ ፍርድ ቤት ወይ የህፃናት ድጋፍ ኤጀንሲዎች የማደርገውን ክፍያ ብቻ እንደሚቀበል እረዳለሁ፡፡ DCS በቀጥታ ወደ እሚያሳድጉት ወላጅ የማደርገውን ክፍያ እንደማይቀበል እረዳለሁ፡፡

በሀሰት ምስክርነት ቅጣት፣ በዋሽንግተን ስቴት ህግ ስር የሚከተውን አውጃለሁ፡

1. በዚህ ቅጽ ላይ የምሰጣቸው መግለጫዎች ትክክልና ሀቀኛ ናቸው፡፡
2. የህፃናት ማሳደግ ድጋፍ ማስፈጸም አገልግሎት ከሌላ ክፍለ ሀገር እየጠየቅኩኝ ወይ እየተቀበልኩኝ አይደለም፡፡

ቀን

ፊርማ

ይህን የተሞላውን ቅጽ ለሚከተለው ይላኩ፡
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520
 መናገር ወይም መስማት ለተሳናቸው የTTY/TDD አገልግሎቶች አሉ፡፡
 ድረገጻችንን በሚከተለው አድራሻ ይጎብኙ፡- www.dshs.wa.gov/dcs

ማንም ሰው በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ ምንጭ ሃገሩ፣ ሃይማኖት፣ ጾታ፣ ዕድሜ ወይም የአካል ጉዳተኝነት የተነሳ የሥራ ቅጥር፣ አገልግሎቶች በማግኘት፣ ወይም በማናቸውም የፕሮግራሙ እንቅስቃሴዎች መድልዎ ሊፈጸምበት አይችልም፡፡ ይህ ቅጽ በተለያዩ ቅርጾች ጥያቄው ሲቀርብ ማግኘት ይቻላል፡፡