

ননকাস্টোডিয়াল প্যারেন্ট চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট অ্যাপ্লিকেশন

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

দয়া করে যতটা সম্ভব সম্পূর্ণরূপে প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর দিন। আপনার স্বাক্ষর ছাড়া, সমস্ত উত্তর শুধুমাত্র নীল বা কালো কালিতে প্রিন্ট করুন। আপনি যদি একটি উত্তর না জানেন, তাহলে এই জায়গায় “UNK” প্রিন্ট করুন। আপনার যদি কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আরও জায়গার প্রয়োজন হয়, একটি পৃথক শীট ব্যবহার করুন এবং এটি এই ফর্মের সাথে সংযুক্ত করুন। ডিভিশন অফ চাইল্ড সাপোর্ট (DCS) সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাক্টের শিরোনাম IV-D-এ সংজ্ঞায়িত চাইল্ড সাপোর্ট প্রয়োগের উদ্দেশ্যে সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরগুলি ব্যবহার করবে।

I. আপনার ব্যক্তিগত তথ্য

1. পুরো নাম শেষ প্রথম মধ্য 2. জন্মতারিখ 3. লিঙ্গ 4. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

5. অন্য নামগুলি যা আপনি ব্যবহার করেন

6. জাতিগত উৎপত্তি 7. উচ্চতা 8. ওজন 9. চুলের রঙ 10. চোখের রঙ

11. আপনি যদি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় চিঠিপত্র গ্রহণ করতে চান, তাহলে ভাষা তালিকাভুক্ত করুন:

12. জন্মস্থান: শহর রাজ্য দেশ

13. আপনি কি একজন ভারতীয় উপজাতির সদস্য? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে কোন উপজাতির?

14. আপনি কি রিজার্ভেশনে থাকেন? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে কোন রিজার্ভেশন?

15. মেইলিং ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

16. বাসার ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড
(যদি মেইলিং ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়)

17. হোম টেলিফোন নম্বর () 18. বার্তা / সেল টেলিফোন নম্বর () 19. কাজের টেলিফোন নম্বর ()

20. মাতার পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য
(মৃত হলেও তা তালিকাভুক্ত করুন)

21. মাতার আগের নাম: শেষ প্রথম মধ্য

22. মাতার ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

23. পিতার পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য
(মৃত হলেও তা তালিকাভুক্ত করুন)

24. পিতার ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

25. আপনি কি মিলিটারী রিজার্ভ বাহিনীর সদস্য? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 26-28 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 29 এ যান।

26. সেবা শাখা 27. রিজার্ভস জাতীয় রক্ষী 28. ডিউটি স্টেশন

আত্মীয়স্বজন, বন্ধুবান্ধব বা DCS আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারে এমন স্থানগুলির জন্য নিম্নলিখিত তথ্য তালিকাভুক্ত করুন:

29. নাম 30. P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর: শহর রাজ্য জিপ কোড

31. টেলিফোন নম্বর 32. আপনার সাথে সম্পর্ক

33. নাম 34. P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর: শহর রাজ্য জিপ কোড

35. টেলিফোন নম্বর 36. আপনার সাথে সম্পর্ক

II. আপনার কর্মসংস্থান এবং ইউনিয়ন সম্পর্কিত তথ্য

DCS কে আপনার অ্যাপ্লিকেশন প্রসেস করতে সাহায্য করতে, অনুগ্রহ করে আপনার শেষ তিনটি পে স্টার বা পে রেকর্ডের কপি সংযুক্ত করুন।

1. আপনি কি স্ব-নিযুক্ত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 2-4 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 5 এ যান।			
2. কোম্পানির নাম		3. <input type="checkbox"/> একমাত্র মালিক <input type="checkbox"/> কর্পোরেশন <input type="checkbox"/> পার্টনারশিপ	
4. কোম্পানির ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড
5. চাকুরিজীবীর নাম		<input type="checkbox"/> বছর-ব্যাপী নিয়োগকর্তা <input type="checkbox"/> মরশুমি নিয়োগকর্তা	
6. নিয়োগকর্তার ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড
7. নিয়োগকর্তার টেলিফোন নম্বর	8. আপনি যে সম্বন্ধে কাজ করেন সেই দিনগুলি	9. আপনার কাজের সময়গুলি	
10. <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা একটি ভারতীয় উপজাতির <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা একটি উপজাতীয় মালিকানাধীন ব্যবসা		<input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা হল একটি ভারতীয় মালিকানাধীন ব্যবসা যা একটি রিজার্ভেশনে অবস্থিত <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা ভারতীয় উপজাতির সাথে সম্পর্কিত নয়	
11. আপনি কি শ্রমিক ইউনিয়নের অন্তর্গত হন? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 12-14 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে বিভাগ III এ যান।			
12. ইউনিয়নের নাম		13. স্থানীয় নম্বর	
14. ইউনিয়নের ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড

III. আপনার স্বাস্থ্য বীমার তথ্য

1. আপনার নিয়োগকর্তা, ইউনিয়ন বা ভারতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবার মাধ্যমে কি আপনার জন্য স্বাস্থ্য বীমা উপলব্ধ? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 2-7 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 8 এ যান।			
2. বীমা কোম্পানির নাম		3. পলিসি নম্বর	4. গ্রুপ নম্বর
5. বীমা কোম্পানির ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড
6. কভারেজের ধরন: <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র মেডিকেল <input type="checkbox"/> মেডিক্যাল এবং ডেন্টাল <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র ডেন্টাল <input type="checkbox"/> অন্যান্য (তালিকা): _____		7. কার্যকর দিন	
8. আপনার কি অন্য কোন স্বাস্থ্য বীমা আছে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 9-14 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 15 এ যান।			
9. অন্য বীমা কোম্পানির নাম		10. পলিসি নম্বর	11. গ্রুপ নম্বর
12. অন্য বীমা কোম্পানির ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড
13. কভারেজের ধরন: <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র মেডিকেল <input type="checkbox"/> মেডিক্যাল এবং ডেন্টাল <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র ডেন্টাল <input type="checkbox"/> অন্যান্য (তালিকা): _____		14. কার্যকর দিন	
15. আপনার স্বাস্থ্য বীমা কি এই ক্ষেত্রে জড়িত কোন শিশুদের কভার করে? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 16 এবং 17 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, বিভাগ IV এ যান।			
16. প্রতিটি শিশুকে কভার করার জন্য মাসিক বীমা প্রিমিয়াম \$		17. শিশুদের কভার করার জন্য মোট মাসিক বীমা প্রিমিয়াম \$	

IV. আপনার আর্থিক তথ্য

1. মোট মাসিক উপার্জন বা আয় \$	2. নেট মাসিক উপার্জন বা আয় \$	3. বেতনের সময়কাল: <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বিমাসিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	
4. ব্যাংকের নাম		5. ব্যাংকের শাখা	
6. ব্যাংকের ঠিকানা:	P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর	শহর	রাজ্য জিপ কোড

IV. আপনার আর্থিক তথ্য (অব্যাহত)

7. আপনি কি অবসর সুবিধা পান? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে কার কাছ থেকে?

আপনি যদি **মিলিটারি** অবসরের সুবিধা পান, তবে 8 এবং 9 প্রশ্নের উত্তর দিন। আপনি যদি না পান, তবে প্রশ্ন 10 এ যান।

8. আপনার অবসরপ্রাপ্ত ব্যাঙ্ক

9. সেবা শাখা

10. আপনি কি শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ সুবিধা পান? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 11 এবং 12 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 13 এ যান।

11. কে সুবিধা প্রদান করে?

12. দাবি নম্বর

13. বেতন বা মজুরি ছাড়া আপনার কি অন্য আয় আছে? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, উত্স তালিকা প্রস্তুত করুন।

14. আপনি কি কোনো সম্পত্তির মালিক? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 15 এবং 16 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে বিভাগ V-এ যান।

15. সম্পত্তির অবস্থান

16. সম্পত্তির ধরন (রিয়েল এস্টেট, বোট, গাড়ি, ইত্যাদি)

V. আপনার বিবাহ, পিতৃত্ব, এবং চাইল্ড সাপোর্ট অর্ডার তথ্য

সমস্ত পিতৃত্বের হলফনামা, কোর্ট এর অর্ডার, প্রশাসনিক অর্ডার এবং লিখিত চাইল্ড সাপোর্ট চুক্তির কপি সংযুক্ত করুন।

1. আপনি কি আপনার শিশুর অন্য পিতামাতার সাথে বিবাহিত ছিলেন? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 2-4 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 10 এ যান।

2. বিয়ের তারিখ

3. বিয়ের জায়গা: শহর প্রদেশ রাজ্য দেশ

4. আপনার কি এখন আপনার শিশুর অন্য পিতামাতার সাথে বিবাহবিচ্ছেদ হয়েছে? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 5 এবং 6 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 7 এ যান।

5. বিবাহবিচ্ছেদের তারিখ

6. বিবাহবিচ্ছেদের জায়গা: শহর প্রদেশ রাজ্য বা উপজাতি দেশ

7. আপনি কি এখন আপনার শিশুর অন্য পিতামাতার থেকে আলাদা (বিবাহবিচ্ছেদপ্রাপ্ত নন) হয়েছেন? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 8 এবং 9 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 10 এ যান।

8. আলাদা হওয়ার তারিখ

9. আলাদা হওয়ার জায়গা: শহর প্রদেশ রাজ্য দেশ

10. আপনি যদি আপনার শিশুর অন্য পিতামাতার সাথে কখনও বিয়ে না করে থাকেন, তাহলে কি রাজ্য বা উপজাতীয় কোর্ট এর অর্ডার এ শিশুর পিতার নাম দেওয়া হয়? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 11-13 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 14 এ যান।

11. অর্ডার লিখার তারিখ

12. অর্ডার লিখার জায়গা: শহর প্রদেশ রাজ্য বা উপজাতি দেশ

13. পিতার পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য

14. আপনি কি একটি পিতৃত্ব হলফনামাতে স্বাক্ষর করেছেন? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 15-16 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 17 এ যান।

15. স্বাক্ষরের তারিখ

16. ফাইল করার জায়গা: শহর প্রদেশ রাজ্য দেশ

17. রাজ্য বা উপজাতীয় সংরক্ষণের নাম যেখানে শিশুদের ধারণা করা হয়েছিল

18. আপনার কি অন্য কোন চাইল্ড সাপোর্ট অর্ডার আছে? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 19-21 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 22 এ যান।

19. লিখার তারিখ

20. কারণ নম্বর (যদি জানা থাকে)

21. লিখার জায়গা: প্রদেশ রাজ্য বা উপজাতি দেশ

22. আপনি কি স্বামী/স্ত্রীকে ভরণ-পোষণ (এলিমোনি) প্রদান করেন? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 23 এবং 24 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 25 এ যান।

23. পরিশোধ তারিখ

24. পরিশোধপ্রাপ্ত ব্যক্তির নাম

V. আপনার বিবাহ, পিতৃত্ব, এবং চাইল্ড সাপোর্ট অর্ডার তথ্য (অব্যাহত)

25. আপনি কি কখনও অন্য রাজ্য বা উপজাতীয় চাইল্ড সাপোর্ট এজেন্সিকে চাইল্ড সাপোর্ট প্রদান করেছেন? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 26 এবং 27 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 28 এ যান।

26. পরিশোধ তারিখ

27. এজেন্সির নাম

28. আপনি কি কখনও কোর্ট এর ক্লার্কের মাধ্যমে চাইল্ড সাপোর্ট প্রদান করেছেন? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 29 এবং 30 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 31 এ যান।

29. পরিশোধ তারিখ

30. পরিশোধ করার জায়গা: প্রদেশ রাজ্য বা উপজাতি

31. অন্যান্য পিতামাতার সাথে আপনার সমস্ত মৌখিক এবং লিখিত চুক্তিগুলি বর্ণনা করুন যা চাইল্ড সাপোর্ট পরিমাণকে প্রভাবিত করে।

VI. অন্যান্য পিতামাতা সম্পর্কে ব্যক্তিগত তথ্য

এই বিভাগটি এই অ্যাপ্লিকেশনটিতে নাম দেওয়া শিশুদের অন্য পিতামাতাদের সম্পর্কে তথ্যের জন্য।

1. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য 2. জন্মতারিখ 3. লিঙ্গ 4. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

5. অন্য নামগুলি যা ব্যবহার করা হয়েছে

6. যদি অন্য পিতামাতাদের ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় চিঠিপত্র গ্রহণের প্রয়োজন হয়, তাহলে ভাষা তালিকাভুক্ত করুন:

7. জন্মস্থান: শহর রাজ্য দেশ

8. অন্য পিতামাতা কি ভারতীয় উপজাতির সদস্য? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে কোন উপজাতির?

9. অন্য পিতামাতা কি রিজার্ভেশনে থাকেন? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে কোন রিজার্ভেশন?

10. মেইলিং ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

11. বাসার ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড
(যদি মেইলিং ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়)

12. হোম টেলিফোন নম্বর () 13. বার্তা / সেল টেলিফোন নম্বর () 14. কাজের টেলিফোন নম্বর ()

VII. অন্যান্য পিতামাতার কর্মসংস্থান এবং উপার্জন তথ্য

1. অন্য পিতামাতা কি স্ব-নিযুক্ত? না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 2-4 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 5 এ যান।

2. কোম্পানির নাম

3. একমাত্র মালিক
 কর্পোরেশন
 পার্টনারশিপ

4. কোম্পানির ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

5. চাকুরিজীবীর নাম

6. বছর-ব্যাপী নিয়োগকর্তা
 মরশুমি নিয়োগকর্তা

7. নিয়োগকর্তার ঠিকানা: P.O. বক্স বা স্ট্রিট নম্বর শহর রাজ্য জিপ কোড

8. নিয়োগকর্তার টেলিফোন নম্বর

9. সপ্তাহে কাজ করার দিনগুলি

10. কাজের সময়গুলি

VII. অন্যান্য পিতামাতার কর্মসংস্থান এবং উপার্জন তথ্য (অব্যাহত)

11. <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা একটি ভারতীয় উপজাতির <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা একটি উপজাতীয় মালিকানাধীন ব্যবসা	<input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা হল একটি ভারতীয় মালিকানাধীন ব্যবসা যা একটি রিজার্ভেশনে অবস্থিত <input type="checkbox"/> নিয়োগকর্তা ভারতীয় উপজাতির সাথে সম্পর্কিত নয়	
12. মোট মাসিক উপার্জন \$	13. নেট মাসিক উপার্জন \$	14. বেতনের সময়কাল: <input type="checkbox"/> সাপ্তাহিক <input type="checkbox"/> দ্বিমাসিক <input type="checkbox"/> মাসিক <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____

VIII. এই ক্ষেত্রে শিশুদের সম্পর্কে তথ্য

1. অন্য পিতামাতার পরিবারে বসবাসকারী সমস্ত শিশুর তালিকা করুন যাদের জন্য আপনার চাইল্ড সাপোর্ট দিতে হবে বা যাদের জন্য আপনি চাইল্ড সাপোর্টের প্রয়োজনীয়তা প্রতিষ্ঠিত করতে চান।

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. পুরো নাম: শেষ প্রথম মধ্য	B. জন্মতারিখ	C. লিঙ্গ	D. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
-----------------------------	--------------	----------	----------------------------

E. আপনার সাথে সম্পর্ক	F. জন্মস্থান: প্রদেশ রাজ্য
-----------------------	----------------------------

G. উপজাতি	H. আপনার স্বাস্থ্য বীমা দ্বারা আচ্ছাদিত? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. কোনো রাজ্য (ওয়াশিংটন স্টেট ছাড়া) বা উপজাতি কি প্রত্যেকটি উপরে তালিকাভুক্ত শিশুদের জনসাধারণের সহায়তা দিয়েছে?
 না হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, তবে 3 এবং 4 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে প্রশ্ন 5 এ যান।

3. কখন মঞ্জুর করা হয়েছে (সবচেয়ে সাম্প্রতিক)	4. মঞ্জুর করার জায়গা (সবচেয়ে সাম্প্রতিক):	প্রদেশ রাজ্য বা উপজাতি
-----------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------

5. শিশুরা কি একাধিক পরিবারে বাস করে যার কারণে আপনার চাইল্ড সাপোর্ট দিতে হবে? না হ্যাঁ।
যদি হ্যাঁ, তবে 6-11 প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি না হয়, তবে বিভাগ IX-এ যান।

6. পরিবারের কাস্টোডিয়ানের নাম	7. স্থান: শহর রাজ্য	8. পারিবারিক দিনগুলি
--------------------------------	---------------------	----------------------

9. পরিবারের কাস্টোডিয়ানের নাম	10. স্থান: শহর রাজ্য	11. পারিবারিক দিনগুলি
--------------------------------	----------------------	-----------------------

IX. এই ফর্মে নাম দেওয়া শিশুদের জন্য আপনি যে চাইল্ড সাপোর্ট পরিশোধ করেছেন

আপনি গত 10 বছর ধরে এই ক্ষেত্রে জড়িত শিশুদের জন্য যে সমস্ত চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্টগুলি পরিশোধ করেছেন তার তালিকা করুন। DCS আপনাকে প্রমাণ করতে বলতে পারে যে আপনি এই পেমেন্টগুলি করেছেন।

বছর/মাস					
জানুয়ারি					
ফেব্রুয়ারি					
মার্চ					
এপ্রিল					
মে					
জুন					
জুলাই					
আগস্ট					
সেপ্টেম্বর					
অক্টোবর					
নভেম্বর					
ডিসেম্বর					
মোট					

বছর/মাস					
জানুয়ারি					
ফেব্রুয়ারি					
মার্চ					
এপ্রিল					
মে					
জুন					
জুলাই					
আগস্ট					
সেপ্টেম্বর					
অক্টোবর					
নভেম্বর					
ডিসেম্বর					
মোট					

X. সার্টিফিকেশন

আপনি যদি চান যে DCS অন্য পিতামাতার চিকিৎসা সহায়তার বাধ্যবাধকতা বলবৎ করুক, তবে আপনি যে ধরনের চিকিৎসা প্রয়োগ পরিষেবা চান তা নির্বাচন করুন:

- আমি চাই যে DCS যাতে অন্য পিতামাতাকে শিশুদের জন্য স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ প্রদান করতে বলে বা অর্ডারে উল্লেখিত পরিমাণে আমি যে চিকিৎসা বীমা প্রিমিয়াম খরচ করছি তার একটি অংশ পরিশোধ করতে বলে।
- আমি চাই যে DCS অন্য পিতামাতাদের অ-বীমাকৃত চিকিৎসা ব্যয়ের অংশ সংগ্রহ করুক (WAC 388-14A-1020 এ সংজ্ঞায়িত কপি পেমেন্ট, ডিডাক্টিবল, এবং প্রিমিয়াম সহ) যা আমি শিশুদের জন্য খরচ করেছি।

আমি চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট পরিষেবার জন্য বলছি। আমি বুঝতে পারি যে DCS চাইল্ড সাপোর্টের ঋণ সংগ্রহ করার চেষ্টা করে যার সীমাবদ্ধতার আইন দ্বারা বাধা নেই। আমি জানি যে এই অনুরোধটি ওয়াশিংটন স্টেট সাপোর্ট রেজিস্ট্রি (WSSR) এর সাথে আমার চাইল্ড সাপোর্ট অর্ডার নিবন্ধন করবে। আমি বুঝি যে আমি যে তথ্য প্রদান করি তা ওয়াশিংটন স্টেট আমার চাইল্ড সাপোর্ট প্রতিষ্ঠা, প্রয়োগ বা সংশোধন করতে ব্যবহার করতে পারে।

আমি যখন আমার ঠিকানা বা নিয়োগকর্তা পরিবর্তন করি এবং আমার চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্টের পরিমাণ পরিবর্তন করতে পারে এমন অন্যান্য ইভেন্টের বিষয়ে আমি DCS কে বলতে রাজি আছি।

আমি DCS-এ সমস্ত চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট পাঠাতে সম্মত। আমি বুঝি যে DCS শুধুমাত্র সেই পেমেন্ট ক্রেডিট করে যা আমি WSSR, একটি রাজ্যের কোর্ট বা চাইল্ড সাপোর্ট এজেন্সি, বা উপজাতীয় কোর্ট বা চাইল্ড সাপোর্ট এজেন্সিতে আমার চাইল্ড সাপোর্ট দায়বদ্ধতার জন্য পাঠাই। আমি বুঝি যে DCS সরাসরি হেফাজতকারী পিতামাতার কাছে পাঠানো কোনো পেমেন্ট এর জন্য আমাকে ক্রেডিট দেবে না।

আমি ওয়াশিংটন রাজ্যের আইনের অধীনে মিথ্যাচারের শাস্তির অধীনে ঘোষণা করছি, যে:

- এই ফর্মে আমার দেওয়া সমস্ত বিবৃতি সত্য এবং সঠিক।
- আমি অন্য রাজ্য থেকে চাইল্ড সাপোর্ট এনফোর্সমেন্ট পরিষেবার অনুরোধ করছি না বা গ্রহণ করছি না।

তারিখ	স্বাক্ষর
-------	----------

এই সম্পন্ন ফর্মটি এখানে ফেরত দিন: DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
বাচিক বা শ্রবণ প্রতিবন্ধীদের জন্য TTY/TDD পরিষেবাগুলি উপলব্ধ।
আমাদের ওয়েবসাইট দেখুন এখানে: www.dshs.wa.gov/dcs

জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্স, আস্থা, ধর্ম, লিঙ্গ, বয়স, বা অক্ষমতার কারণে কোনও ব্যক্তিকে কর্মসংস্থান, পরিষেবা, বা প্রোগ্রামের কার্যকলাপের কোনও দিক থেকে বৈষম্য করা হবে না। অনুরোধ করলে এই ফর্মটি বিকল্প ফরম্যাটেও পাওয়া যাবে।