

STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

**Uput za dječji doplatak**  
**Child Support Referral**

Division of Child Support (DCS) će koristiti vaše osobne podatke i broj socijalnog osiguranja zbog provođenja isplate dječjeg doplatka kao što je definirano u Naslovu IV-D Zakona o socijalnoj sigurnosti.

**Podaci o roditeljima djece**

Majka djeteta					Otac djeteta						
IME (PRVO / SREDNJE / PREZIME)					IME (PRVO / SREDNJE / PREZIME)						
DRUGA IMENA KOJA KORISTI					DRUGA IMENA KOJA KORISTI						
POŠTANSKI PRETINAC ILI BROJ ULICE					POŠTANSKI PRETINAC ILI BROJ ULICE						
GRAD		DRŽAVA		POŠTANSKI BROJ			GRAD		DRŽAVA		POŠTANSKI BROJ
BROJ KUĆNOG TELEFONA ( )		BROJ TELEFONA ZA PORUKE ( )		BROJ MOBILNOG TELEFONA ( )			BROJ KUĆNOG TELEFONA ( )		BROJ TELEFONA ZA PORUKE ( )		BROJ MOBILNOG TELEFONA ( )
E-POŠTA					E-POŠTA						
BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA			DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)		BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA			DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)			
MJESTO ROĐENJA (GRAD / OKRUG / SAVEZNA DRŽAVA / DRŽAVA)					MJESTO ROĐENJA (GRAD / OKRUG / SAVEZNA DRŽAVA / DRŽAVA)						
RASA	VISINA	TEŽINA	BOJA KOSE	BOJA OČIJU	RASA	VISINA	TEŽINA	BOJA KOSE	BOJA OČIJU		
MATERNJI JEZIK (U SLUČAJU DA JE KORESPONDENCIJA POTREBNA NA JEZIKU KOJI NIJE ENGLJSKI)					MATERNJI JEZIK (U SLUČAJU DA JE KORESPONDENCIJA POTREBNA NA JEZIKU KOJI NIJE ENGLJSKI)						
PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)		ŽIVI U INDIJANSKOM REZERVATU? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA			PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)		ŽIVI U INDIJANSKOM REZERVATU? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA				
IME POSLJEDNJEG POZNATOG POSLODAVCA					IME POSLJEDNJEG POZNATOG POSLODAVCA						
POŠTANSKI PRETINAC ILI BROJ ULICE POSLODAVCA					POŠTANSKI PRETINAC ILI BROJ ULICE POSLODAVCA						
GRAD POSLODAVCA		DRŽAVA		POŠTANSKI BROJ			GRAD POSLODAVCA		DRŽAVA		POŠTANSKI BROJ
BROJ TELEFONA POSLODAVCA ( )		JE LI TO POSLOVANJE VEZANO ZA PLEME? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NEPOZN.			BROJ TELEFONA POSLODAVCA ( )		JE LI TO POSLOVANJE VEZANO ZA PLEME? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NEPOZN.				
IME MAJČINOG OCA		DJEVOJAČKO PREZIME MAJČINE MAJKE			IME OČEVOG OCA		DJEVOJAČKO PREZIME OČEVE MAJKE				

**Mjesto stanovanja djeteta**

Djeca navedena na 2. strani žive sa:  Majkom  Ocem  Drugo (navesti): \_\_\_\_\_

Je li roditelj koji nema starateljstvo ikad živio s djecom ili davao doplatak za tu djecu u državi Washington?  Ne  Da  
Ako jeste, kada?

Koliko vremena procentualno djeca navedena na strani 2 stanuju sa majkom? \_\_\_\_\_ procenata.

Koliko vremena procentualno djeca navedena na strani 2 stanuju sa ocem? \_\_\_\_\_ procenata.

Koliko vremena procentualno djeca navedena na strani 2 stanuju sa roditeljem koji nema starateljsko pravo? \_\_\_\_\_ procenata.

**Popunite ovaj odjeljak ako djeca ne žive s majkom ili ocem**

VAŠE IME I PREZIME		VAŠ POŠTANSKI PRETINAC ILI BROJ ULICE			
VAŠ BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA		VAŠ DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)	VAŠE GRAD	VAŠA DRŽAVA	VAŠ POŠTANSKI BROJ
VAŠA VEZA ILI SRODSTVO S DJECOM		VAŠ BROJ KUĆNOG TELEFONA ( )	VAŠ BROJ TELEFONA ZA PORUKE ( )	VAŠ BROJ MOBILNOG TELEFONA ( )	
VAŠA PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)		ŽIVITE LI U INDIJANSKOM REZERVATU? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da			

**Podaci o djeci za koju želite dječji doplatk**

**Navedite samo djecu roditelja navedenih na strani 1 koja žive u vašem domu. Ako vam je potrebno, koristite list za nastavak unosa podataka.**

IME DJETETA (PRVO / SREDNJE / PREZIME)		SPOL	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	JE LI OTAC POTPISAO OČINSTVO? PRIZNANJE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO ROĐENJA (GRAD / OKRUG / SAVEZNA DRŽAVA / DRŽAVA)		PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)	
JE LI MAJKA ZATRUDNJELA S OVIM DJETETOM U DRŽAVI WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA			AKO NIJE, ONDA GDJE JE (OKRUG/SAVEZNA DRŽAVA):	
POSTOJI LI NALOG ZA DOPLATAK ZA OVO DIJETE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	AKO POSTOJI, DATUM NALOGA (MJESEC / DAN / GODINA)	AKO JE ODGOVOR DA, UNESITE IZDATI NALOG (OKRUG / SAV. DRŽAVA / PLEME)		
IME DJETETA (PRVO / SREDNJE / PREZIME)		SPOL	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	JE LI OTAC POTPISAO OČINSTVO? PRIZNANJE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO ROĐENJA (GRAD / OKRUG / SAVEZNA DRŽAVA / DRŽAVA)		PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)	
JE LI MAJKA ZATRUDNJELA S OVIM DJETETOM U DRŽAVI WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA			AKO NIJE, ONDA GDJE JE (OKRUG/SAVEZNA DRŽAVA):	
POSTOJI LI NALOG ZA DOPLATAK ZA OVO DIJETE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	AKO POSTOJI, DATUM NALOGA (MJESEC / DAN / GODINA)	AKO JE ODGOVOR DA, UNESITE IZDATI NALOG (OKRUG / SAV. DRŽAVA / PLEME)		
IME DJETETA (PRVO / SREDNJE / PREZIME)		SPOL	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	JE LI OTAC POTPISAO OČINSTVO? PRIZNANJE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA
DATUM ROĐENJA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO ROĐENJA (GRAD / OKRUG / SAVEZNA DRŽAVA / DRŽAVA)		PLEMENSKA PRIPADNOST (AKO POSTOJI)	
JE LI MAJKA ZATRUDNJELA S OVIM DJETETOM U DRŽAVI WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA			AKO NIJE, ONDA GDJE JE (OKRUG/SAVEZNA DRŽAVA):	
POSTOJI LI NALOG ZA DOPLATAK ZA OVO DIJETE? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA	AKO POSTOJI, DATUM NALOGA (MJESEC / DAN / GODINA)	AKO JE ODGOVOR DA, UNESITE IZDATI NALOG (OKRUG / SAV. DRŽAVA / PLEME)		

**Podaci o braku roditelja gore navedene djece**

DATUM VJENČANJA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO VJENČANJA (OKRUG / SAV. DRŽAVA)
DATUM RAZVODA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO RAZVODA (OKRUG / SAV. DRŽAVA)
DATUM RAZDVAJANJA (MJESEC / DAN / GODINA)	MJESTO RAZDVAJANJA (OKRUG / SAV. DRŽAVA)

**Zabrana prilaska / Mjere sigurnosti**

Postoji li naredba o zabrani prilaska / zaštiti ili brinete li o vašoj ili sigurnosti vaše djece?  NE  DA

**Podaci o javnoj pomoći i plaćanju doplatka**

Jeste li vi ili gore navedena djeca ikada primili javnu pomoć od države ili indijanskog plemena?  NE  DA

AKO JESTE, GDJE (OKRUZI / SAV. DRŽAVE / PLEMENA)

AKO JESTE, KADA (MJESECI / GODINE)

Ako ste primali dječji doplatk od roditelja bez zakonskog starateljstva, popunite obrazac **Declaration of Support Payments (Izjava o uplatama za doplatk)** i pošaljite ga nazad u DCS. **Priložite kopije svih naloga za doplatk.**

**Izjava**

Slažem se da ću odmah obavijestiti DCS, pisanim putem, o svim novim ili izmijenjenim informacijama koje se odnose na prikupljanje izdržavanja od roditelja odgovornog za plaćanje doplatka.

Potvrđujem ili izjavljujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, u skladu sa zakonima države Washington da su navedeni podaci istiniti i tačni.

Potpisan \_\_\_\_\_, Washington.

POTPIS

DATUM

Niti jedno lice neće biti diskriminirano zbog rase, boje kože, nacionalnog porijekla, ličnog vjerovanja, religije, pola, starosne dobi ili invalidnosti u procesu zaposlenja, primanja usluga, te bilo kojeg aspekta programskih aktivnosti. Ovaj obrazac je dostupan u drugim formatima na vaš zahtjev.