

## Заявка на принудительное взыскание для уплаты долга по алиментам родителем-опекуном

### Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

Дайте максимально полные ответы на каждый вопрос. За исключением своей подписи, заполните все ответы печатными буквами и пользуйтесь только синими или черными чернилами. Если вы не знаете ответа на вопрос, впишите в соответствующую графу «Не знаю» («UNK»). Если вам для ответов на вопросы требуется больше места, воспользуйтесь отдельным листом бумаги и прикрепите его к данному документу. Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) будет использовать номер социального обеспечения в целях обеспечения взыскания алиментов на содержание детей согласно положениям Раздела IV-D Закона о социальном обеспечении.

#### I. Ваши личные данные

|  |         |  |                                    |                            |                 |   |
|--|---------|--|------------------------------------|----------------------------|-----------------|---|
| 1. ПОЛНОЕ ИМЯ  | ФАМИЛИЯ | ИМЯ  | ОТЧЕСТВО                           | 2. ДАТА РОЖДЕНИЯ           | 3. ПОЛ          | 4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ |
| 5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ ИМЕНА И ФАМИЛИИ  |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 6. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ  | 7. РОСТ | 8. ВЕС   | 9. ЦВЕТ ВОЛОС                      | 10. ЦВЕТ ГЛАЗ              |                 |   |
| 11. Если вы хотите получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:  |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 12. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД  |         | ШТАТ   |                                    | СТРАНА                     |                 |   |
| 13. Является ли вы членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?   |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 14. Проживаете ли вы на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?   |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 15. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ  |         |  | ГОРОД                              | ШТАТ                       | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |   |
| 16. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ<br>(Если почтовый адрес отличается от указанного выше)   |         |  | ГОРОД                              | ШТАТ                       | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |   |
| 17. ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН<br>( )  |         | 18. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН<br>( )                                 |                                    | 19. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН<br>( ) |                 |   |
| 20. ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ:<br>(указать даже, если нет в живых)   |         | ФАМИЛИЯ  | ИМЯ                                | ВТОРОЕ ИМЯ                 |                 |   |
| 21. ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ И ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ:   |         | ФАМИЛИЯ  | ИМЯ                                | ВТОРОЕ ИМЯ                 |                 |   |
| 22. АДРЕС МАТЕРИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ  |         |  | ГОРОД                              | ШТАТ                       | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |   |
| 23. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА:<br>(указать даже, если нет в живых)   |         | ФАМИЛИЯ  | ИМЯ                                | ОТЧЕСТВО                   |                 |   |
| 24. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ОТЦА: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ   |         |  | ГОРОД                              | ШТАТ                       | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |   |
| 25. Являетесь ли вы военнослужащим запаса? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26–28. Если нет, перейдите к вопросу 29. |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 26. РОД ВОЙСК  |         | 27. <input type="checkbox"/> РЕЗЕРВ<br><input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНАЯ ГВАРДИЯ |                                    | 28. МЕСТО СЛУЖБЫ           |                 |   |
| Укажите следующую информацию о ваших родственниках, друзьях либо местах, где Отдел по вопросам помощи детям (DCS) сможет с вами связаться:                                 |         |  |                                    |                            |                 |   |
| 29. ИМЯ И ФАМИЛИЯ  |         |  | 30. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ  |                            | ГОРОД           | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС                        |
| 31. НОМЕР ТЕЛЕФОНА   |         |  | 32. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ             |                            |                 |   |
| 33. ИМЯ И ФАМИЛИЯ  |         |  | 34. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ: |                            | ГОРОД           | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС                        |
| 35. НОМЕР ТЕЛЕФОНА   |         |  | 36. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ             |                            |                 |   |

**II. Информация о вашем месте работы и профсоюзе**

Для помощи Отделу DCS в обработке вашей заявки, приложите копии своих трех последних платежных квитанций или расчетных карт.

1. Являетесь ли вы самозанятым лицом?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 2–4. Если нет, перейдите к вопросу 5.

2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ

3.  ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ  
 КОРПОРАЦИЯ  ПАРТНЕРСТВО

4. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

5. МЕСТО РАБОТЫ

 ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ  
 СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ

6. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

8. ВАШИ РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ \_\_\_\_\_

9. ЧАСЫ ВАШЕЙ РАБОТЫ; \_\_\_\_\_

10.  РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ  РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПРИЯТИЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙЦАМ И РАСПОЛОЖЕННОЕ В РЕЗЕРВАЦИИ  
 РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙСКОМУ ПЛЕМЕНИ ПРЕДПРИЯТИЕ  РАБОТОДАТЕЛЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ11. Являетесь ли вы членом профсоюзной организации?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 12 - 14. Если нет, перейдите к Разделу III.

12. НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА \_\_\_\_\_

13. МЕСТНЫЙ НОМЕР \_\_\_\_\_

14. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**III. Сведения о вашем медицинском страховании**1. Является ли медицинская страховка доступной для вас в рамках условий, предлагаемых вашим работодателем, профсоюзом или в рамках услуг медицинского обслуживания американских индейцев?  Нет  Да.  
Если да, ответьте на вопросы 2 - 7. Если нет, перейдите к вопросу 8.

2. НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ \_\_\_\_\_

3. НОМЕР ПОЛИСА \_\_\_\_\_

4. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА: \_\_\_\_\_

5. АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

6. ТИП ПОКРЫТИЯ:  ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  ДРУГОЕ (СПИСОК): \_\_\_\_\_

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ \_\_\_\_\_

8. У вас уже есть какая-либо медицинская страховка?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 9 - 14. Если нет, перейдите к вопросу 15.

9. НАИМЕНОВАНИЕ ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ \_\_\_\_\_

10. НОМЕР ПОЛИСА \_\_\_\_\_

11. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА: \_\_\_\_\_

12. АДРЕС ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

13. ТИП ПОКРЫТИЯ:  ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  ДРУГОЕ (СПИСОК): \_\_\_\_\_

14. СРОК ДЕЙСТВИЯ \_\_\_\_\_

15. Обеспечивает ли данная страховка покрытие для кого-либо из детей, указанных в данном деле?  Нет  Да.  
Если да, ответьте на вопросы 16 и 17. Если нет, перейдите к Разделу IV.16. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ КАЖДОГО РЕБЕНКА  
\$ \_\_\_\_\_17. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ РЕБЕНКА  
\$ \_\_\_\_\_**IV. Ваша финансовая информация**1. ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ ОБЩАЯ СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТКОВ  
\$ \_\_\_\_\_2. ЧИСТЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТОК ИЛИ ДОХОД  
\$ \_\_\_\_\_3. ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД:  ЕЖЕНЕДЕЛЬНО  РАЗ В ДВА МЕСЯЦА  
 ЕЖЕМЕСЯЧНО  ДРУГОЕ: \_\_\_\_\_

4. НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА \_\_\_\_\_

5. ФИЛИАЛ БАНКА \_\_\_\_\_

6. АДРЕС БАНКА: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**IV. Ваша финансовая информация (продолжение)**

7. Вы получаете пенсионные выплаты?  Нет  Да. Если да, укажите, из каких источников:

Если вы получаете военную пенсию, ответьте на вопросы 8 и 9. Если вы не получаете, перейдите к вопросу 10.

8. ВАШЕ ЗВАНИЕ В ЗАПАСЕ

9. РОД ВОЙСК

10. Имеете ли вы страховку от несчастных случаев на работе?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 11 и 12. Если нет, перейдите к вопросу 13.

11. КТО ВЫПЛАЧИВАЕТ ПОСОБИЯ?

12. НОМЕР ИСКА

13. Получаете ли вы еще какой-либо доход помимо заработной платы?  Нет  Да. Если да, укажите источник.

14. Есть ли у вас имущество?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 15 и 16. Если нет, перейдите к Разделу V.

15. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ИМУЩЕСТВА

16. ВИД ИМУЩЕСТВА (НЕДВИЖИМОСТЬ, ЛОДКА, МАШИНА И Т.Д..)

**V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка**

Приложите копии всех официальных подтверждений вашего отцовства, судебные распоряжения, административные распоряжения, а также письменные соглашения о выплате алиментов на ребенка.

1. Состояли ли вы в браке с родителями ваших детей?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 10.

2. ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА

3. МЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

4. Вы в настоящее время состоите в разводе со вторым родителем вашего ребенка?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 5 и 6. Если нет, перейдите к вопросу 7.

5. ДАТА РАЗВОДА

6. МЕСТО РАЗВОДА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

7. Вы в настоящее время проживаете отдельно (не состоите в разводе) со вторым родителем вашего ребенка?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 8 и 9. Если нет, перейдите к вопросу 10.

8. ДАТА НАЧАЛА  
РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ

9. МЕСТО НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

10. Если вы никогда не состояли в браке со вторым родителем вашего ребенка, требует ли суд штата или племени указывать имя отца ребенка?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 11 – 13. Если нет, перейдите к вопросу 14.

11. ДАТА ВЫНЕСЕНИЯ  
РАСПОРЯЖЕНИЯ:

12. МЕСТО ВЫНЕСЕНИЯ РАСПОРЯЖЕНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

13. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА:

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ОТЧЕСТВО

14. Вы поставили подпись в Свидетельстве об отцовстве?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 15 – 16. Если нет, перейдите к вопросу 17.

15. ДАТА ПОДПИСИ

16. МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

17. НАЗВАНИЕ ШТАТА ИЛИ РЕЗЕРВАЦИИ ПЛЕМЕНИ, ГДЕ БЫЛИ ЗАЧАТЫ ДЕТИ

18. У вас есть какие-либо другие распоряжения о выплате алиментов?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 19 - 21. Если нет, перейдите к вопросу 22.

19. ДАТА ПРИНЯТИЯ  
РЕШЕНИЯ

20. НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)

21. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

22. Выплачиваете ли вы пособие на содержание супруги (алименты)?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 23 и 24. Если нет, перейдите к вопросу 25.

23. ДАТА ВЫПЛАТЫ

24. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА (ЛИЦ), КОТОРЫЕ ПРОИЗВОДЯТ ВЫПЛАТЫ

| <b>V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка (продолжение)</b>   |  |  |                      |
|--|--|--|----------------------|
| 25. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26 и 27. Если нет, перейдите к вопросу 28. |  |  |                      |
| 26. ДАТА ВЫПЛАТЫ   |  | 27. НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА   |                      |
| 28. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 29 и 30. Если нет, перейдите к вопросу 31. |  |  |                      |
| 29. ДАТА ВЫПЛАТЫ   |  | 30. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ   |                      |
| 31. Опишите все устные и письменные соглашения, которые вы заключили со вторым родителем и которые могут влиять на размер пособия по содержанию ребенка.   |  |  |                      |
| <hr/> <hr/> <hr/>  |  |  |                      |
| <b>VI. Личные данные второго родителя</b>  |  |  |                      |
| Данный раздел предназначен для информации о втором родителе ребенка, упомянутого в данной заявке.  |  |  |                      |
| 1. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | 2. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | 3. ПОЛ               |
| 4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                      |
| 5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ   |  |  |                      |
| 6. Если второй родитель предпочитает получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:  |  |  |                      |
| 7. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД   |  | ШТАТ   | СТРАНА               |
| 8. Является ли второй родитель членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?   |  |  |                      |
| 9. Проживает ли второй родитель на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?  |  |  |                      |
| 10. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ  |  | ГОРОД  | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| 11. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ<br>(Если почтовый адрес отличается от указанного выше)   |  | ГОРОД  | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| 12. НОМЕР ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН<br>( )  | 13. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН<br>( ) | 14. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН<br>( )   |                      |
| <b>VII. Информация о трудоустройстве и заработной плате второго родителя</b>   |  |  |                      |
| 1. Является ли второй родитель самозанятым лицом? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 5.   |  |  |                      |
| 2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ   |  | 3. <input type="checkbox"/> ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ<br><input type="checkbox"/> КОРПОРАЦИЯ <input type="checkbox"/> ПАРТНЕРСТВО |                      |
| 4. АДРЕС КОМПАНИИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ   |  | ГОРОД  | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| 5. МЕСТО РАБОТЫ  |  | 6. <input type="checkbox"/> ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ<br><input type="checkbox"/> СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ                        |                      |
| 7. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ   |  | ГОРОД  | ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| 8. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ   | 9. РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ                      | 10. ЧАСЫ РАБОТЫ;   |                      |

| <b>VII. Информация о трудоустройстве и заработной плате второго родителя (продолжение)</b>   |  |  |                |
|--|--|--|----------------|
| 11.. <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПРИЯТИЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙЦАМ И РАСПОЛОЖЕННОЕ В РЕЗЕРВАЦИИ<br><input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙСКОМУ ПЛЕМЕНИ ПРЕДПРИЯТИЕ <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ |  |  |                |
| 12. ОБЩАЯ СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТКОВ<br>\$   | 13. ЧИСТЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЗАРАБОТОК ИЛИ ДОХОД<br>\$ | 14. ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД: <input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> РАЗ В ДВА МЕСЯЦА<br><input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ: _____ |                |
| <b>VIII. Сведения о родителях детей по данному делу</b>  |  |  |                |
| 1. Укажите всех детей, проживающих в семье второго родителя, которому вы обязаны или имеете намерение выплачивать пособие на их содержание.  |  |  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ  |  | Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ   | В. ПОЛ         |
| Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |  |                |
| Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ  | Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:                               | ОКРУГ  | ШТАТ           |
| Ж. ПЛЕМЯ   |  | 3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ?<br><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  |                |
| 2. Предоставлялась ли указанным выше детям когда-либо государственная финансовая помощь от штата (отличного от штата Вашингтон) или племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 3 и 4. Если нет, перейдите к вопросу 5.  |  |  |                |
| 3. КОГДА БЫЛА ПРЕДОСТАВЛЕНА (ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ)   |  | 4. МЕСТО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (МЕСТО ПОСЛЕДНЕГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ):   |                |
|  |  | ОКРУГ  | ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ |
| 5. Проживали ли дети, которым вы выплачивали алименты на содержание, в более, чем одной семье? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 6 – 11. Если нет, перейдите к Разделу IX.  |  |  |                |
| 6. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА В СЕМЬЕ   |  | 7. РАЗМЕЩЕНИЕ: ГОРОД   | ШТАТ           |
|  |  | 8. ДАТЫ В СЕМЬЕ  |                |
| 9. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА В СЕМЬЕ   |  | 10. РАЗМЕЩЕНИЕ: ГОРОД  | ШТАТ           |
|  |  | 11. ДАТЫ В СЕМЬЕ   |                |

**IX. Посobie на содержание, выплачиваемое вами детям, указанным в данной форме**

Укажите все ваши платежи на содержание ваших детей, указанных в данном деле, в течении последних десяти лет. Отдел DCS может попросить вас предоставить доказательства совершения данных платежей.

| Год/месяц |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Январь    |  |  |  |  |  |
| Февраль   |  |  |  |  |  |
| Март      |  |  |  |  |  |
| Апрель    |  |  |  |  |  |
| Май       |  |  |  |  |  |
| Июнь      |  |  |  |  |  |
| Июль      |  |  |  |  |  |
| Август    |  |  |  |  |  |
| Сентябрь  |  |  |  |  |  |
| Октябрь   |  |  |  |  |  |
| Ноябрь    |  |  |  |  |  |
| Декабрь   |  |  |  |  |  |
| Итого     |  |  |  |  |  |

| Год/месяц |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Январь    |  |  |  |  |  |
| Февраль   |  |  |  |  |  |
| Март      |  |  |  |  |  |
| Апрель    |  |  |  |  |  |
| Май       |  |  |  |  |  |
| Июнь      |  |  |  |  |  |
| Июль      |  |  |  |  |  |
| Август    |  |  |  |  |  |
| Сентябрь  |  |  |  |  |  |
| Октябрь   |  |  |  |  |  |
| Ноябрь    |  |  |  |  |  |
| Декабрь   |  |  |  |  |  |
| Итого     |  |  |  |  |  |

## X. Удостоверение

Если вы хотите, чтоб Отдел DCS взыскал со второго родителя алименты для покрытия медицинских услуг, выберите меру взыскания:

- Я хочу, чтобы Отдел DCS потребовал от второго родителя обеспечить медицинское страховое покрытие для детей либо оплатить часть расходов по взносам, за которые я несу ответственность, в размере, указанном в распоряжении.
- Я хочу, чтобы отдел DCS взыскал со второго родителя долю непокрытых страховкой медицинских расходов (включая совместные платежи, франшизы и страховые взносы, согласно определению WAC 388-14A-1020), понесенных мной в интересах детей.

Я обращаюсь за полным набором услуг по обеспечению выплаты алиментов. Я понимаю, что Отдел DCS принимает меры, направленные на взыскание долга по алиментам на содержание ребёнка, не запрещенного законом об ограничениях срока давности. Я знаю, что данный запрос внесёт постановление о выплате пособий по содержанию моих детей в Реестр регистрации пособий штата Вашингтон (WSSR). Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть использована штатом Вашингтон для предъявления требования о взыскании, принудительного взыскания либо изменения размера алиментов на содержание моего ребенка.

Я даю согласие на предоставление DCS информации в случае перемены моего адреса либо места работы, а также информации, связанной с другими событиями в моей жизни, которые могут повлиять на размер моего детского пособия.

Я даю согласие на отправку всех платежей на адрес Отдела DCS. Я понимаю, что DCS засчитывает только те платежи, которые перечислены в WSSR, суд штата или отдел по вопросам помощи детям какого-либо штата, либо суд или отдел по вопросам помощи детям племени, или отдел по вопросам помощи детям в соответствии с моими обязательствами в рамках выплаты алиментов на содержание моего ребенка. Я понимаю, что отделом DCS не будет засчитан платеж, направленный непосредственно родителю-опекуну.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что:

1. Вся информация, изложенная в данной форме, является правдивой и корректной.
2. Я не получаю и не запрашиваю предоставления услуг по обеспечению контроля за получением пособий на содержание ребенка в другом штате.

|      |         |
|------|---------|
| ДАТА | ПОДПИСЬ |
|------|---------|

Отправьте эту заполненную форму в:      DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом/ слуховым аппаратом (TTY/TDD).  
Посетите наш вебсайт по адресу: [www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.