

STATEN WASHINGTON
AVDELNINGEN FÖR SOCIALA OCH HÄLSOTJÄNSTER
AVDELNINGEN FÖR UNDERHÅLLSBIDRAG

Remiss för underhållsbidrag

Avdelningen för underhållsbidrag (DCS) kommer att använda din personliga information och ditt personnummer för barnbidrag som definieras i avdelningen IV-D i socialförsäkringslagen.

Information om barnens föräldrar											
Barnets mamma					Barnets pappa						
NAMN (FÖRSTA/MELLAN/SISTA)					NAMN (FÖRSTA/MELLAN/SISTA)						
ANDRA NAMN					ANDRA NAMN						
POSTBOX BOX ELLER GATUADRESS					POSTBOX BOX ELLER GATUADRESS						
STAD		STAT		POSTNUMMER			STAD		STAT		POSTNUMMER
HEMTELEFON ()		TELEFON FÖR MEDDELANDE ()		MOBILTELEFON ()			HEMTELEFON ()		TELEFON FÖR MEDDELANDE ()		MOBILTELEFON ()
E-POST ADRESS					E-POST ADRESS						
PERSONNUMMER			FÖDELSEDATUM (MÅNAD/DAG/ ÅR)		PERSONNUMMER			FÖDELSEDATUM (MÅNAD/DAG/ ÅR)			
FÖDELSEORT (STAD/KOMMUN/STAT/LAND)					FÖDELSEORT (STAD/KOMMUN/STAT/LAND)						
RAS	LÅNGD	VIKT	HÄRFÄRG	ÖGONFÄRG	RAS	LÅNGD	VIKT	HÄRFÄRG	ÖGONFÄRG		
MODERSMÅL (OM KORRESPONDENS BEHÖVS PÅ ANNAT SPRÅK ÄN ENGELSKA)					MODERSMÅL (OM KORRESPONDENS BEHÖVS PÅ ANNAT SPRÅK ÄN ENGELSKA)						
STAMTILLHÖRIGHET. (OM NÅGON)			BOR I ETT INDIANRESERVAT? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		STAMTILLHÖRIGHET. (OM NÅGON)			BOR I ETT INDIANRESERVAT? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA			
NAMN PÅ DEN SENASTE ARBETSGIVAREN					NAMN PÅ DEN SENASTE ARBETSGIVAREN						
ARBETSGIVARES POSTADRESS BOX ELLER GATUADRESS					ARBETSGIVARES POSTADRESS BOX ELLER GATUADRESS						
ARBETSGIVARENS STAD		STAT		POSTNUMMER			ARBETSGIVARENS STAD		STAT		POSTNUMMER
ARBETSGIVARENS TELEFONNUMMER ()		ÄR DETTA EN STAMVERKSAMHET <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> OKÄND			ARBETSGIVARENS TELEFONNUMMER ()			ÄR DETTA EN STAMVERKSAMHET? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> OKÄND			
MORFARS NAMN			MORMORS FÖDELSENAMN		FARFARS NAMN			FARMORS FÖDELSENAMN			
Barnens bostad											
De barn som anges på sidan 2 bor med: <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Pappa <input type="checkbox"/> Annan (spelifiera): _____											
Bodde den icke vårdnadshavande föräldern någonsin med eller gav barnen stöd i staten Washington? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, när?											
Hur stor andel av tiden bor barnen som anges på sidan 2 hos mamman? ____ procent.											
Hur stor andel av tiden bor barnen som anges på sidan 2 hos pappan? ____ procent.											
Hur stor andel av tiden bor barnen som anges på sidan 2 hos vårdnadshavare som inte är förälder? ____ procent.											
Om barnet <u>inte</u> bor med mamman eller pappan, fyll i denna sektionen											
DITT NAMN					DIN POSTBOX BOX ELLER GATUADRESS						
DITT PERSONNUMMER			DITT FÖDELSEDATUM		DIN STAD		DIN STAT		DITT POSTNUMMER		
DIN RELATION TILL BARNET					DIN HEMTELEFON ()		DIN TELEFON FÖR MEDDELANDE ()		DIN MOBILTELEFON ()		
DIN STAMTILLHÖRIGHET (OM NÅGON)					BOR DU I ETT INDIANRESERVAT? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja						

Information om barnen som du vill ha underhållsbidrag för.**Ange bara barnen till de föräldrar som anges på sidan 1 som bor i ditt hem. Använd ett fortsättningsblad om det behövs.**

BARNETS NAMN (FÖRSTA/MELLAN/SISTA)		KÖN	PERSONNUMMER	HAR FADERN UNDERTECKNAT ETT FADERSKAP? ERKÄNNANDE? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
FÖDELSEDATUM (MÅNAD/DAG/ ÅR)	FÖDELSEORT (STAD/KOMMUN/STAT/LAND)		STAMTILLHÖRIGHET. (OM NÅGON)	
BLEV MAMMAN GRAVID MED DETTA BARN I STATEN WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA			OM NEJ, VAR (KOMMUN/STAT):	
FINNS DET NÅGOT STÖD FÖR DETTA BARN? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		OM JA, DATUM FÖR BESLUT (MÅNAD/DAG/ÅR)		OM JA, ANGE ANGIVEN ORDNING (KOMMUN/STAT/ STAM)
BARNETS NAMN (FÖRSTA/MELLAN/SISTA)		KÖN	PERSONNUMMER	HAR FADERN UNDERTECKNAT ETT FADERSKAP? ERKÄNNANDE? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
FÖDELSEDATUM (MÅNAD/DAG/ ÅR)	FÖDELSEORT (STAD/KOMMUN/STAT/LAND)		STAMTILLHÖRIGHET. (OM NÅGON)	
BLEV MAMMAN GRAVID MED DETTA BARN I STATEN WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA			OM NEJ, VAR (KOMMUN/STAT):	
FINNS DET NÅGOT STÖD FÖR DETTA BARN? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		OM JA, DATUM FÖR BESLUT (MÅNAD/DAG/ÅR)		OM JA, ANGE ANGIVEN ORDNING (KOMMUN/STAT/STAM)
BARNETS NAMN (FÖRSTA/MELLAN/SISTA)		KÖN	PERSONNUMMER	HAR FADERN UNDERTECKNAT ETT FADERSKAP? ERKÄNNANDE? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA
FÖDELSEDATUM (MÅNAD/DAG/ ÅR)	FÖDELSEORT (STAD/KOMMUN/STAT/LAND)		STAMTILLHÖRIGHET. (OM NÅGON)	
BLEV MAMMAN GRAVID MED DETTA BARN I STATEN WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA			OM NEJ, VAR (KOMMUN/STAT):	
FINNS DET NÅGOT STÖD FÖR DETTA BARN? <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> JA		OM JA, DATUM FÖR BESLUT (MÅNAD/DAG/ÅR)		OM JA, ANGE ANGIVEN ORDNING (KOMMUN/STAT/STAM)

Äktenskapsinformation för de föräldrar till barnen som anges ovan

DATUM FÖR GIFTERMÅL (MÅNAD/DAG/ÅR)	VIGSELPLATS (KOMMUN/STAT)
DATUM FÖR SKILSMÄSSA (MÅNAD/DAG/ÅR)	PLATS FÖR SKILSMÄSSA (KOMMUN/STAT)
DATUM FÖR SEPARATION(MÅNAD/DAG/ÅR)	PLATS FÖR SEPARATIONEN (KOMMUN/STAT)

Besöksförbud/säkerhetsproblemFinns det ett besöksförbud eller har du säkerhetsproblem för dig eller dina barn? NEJ JA**Information om offentligt stöd och underhållsbetalningar**Har du eller de ovan nämnda barnen någonsin fått offentligt stöd från en stat eller en indisk stam? NEJ JA

OM JA, VAR (KOMMUNER/STATER/STAMMAR)

OM JA, NÄR (MÅNAD/ÅR)

Om du har fått underhållsbidrag från den icke vårdnadshavande föräldern, fyll i **deklarationen om underhållsbetalningar** och returnera den till DCS. **Bifoga kopior om alla underhållsbeslut.****Deklaration**

Jag samtycker till att omedelbart skriftligen informera DCS om ny eller ändrad information som rör underhållsbidrag från den förälder som ansvarar för att betala bidraget.

Jag intygar eller förklarar under straff för mened, enligt lagarna i delstaten Washington, att det föregående är sant och korrekt.

Undertec _____, Washington.

SIGNATUR	DATUM
----------	-------

Ingen person på grund av ras, färg, nationellt ursprung, trosbekännelse, religion, kön, ålder eller funktionshinder får diskrimineras i anställning, tjänster eller någon aspekt av programmets aktiviteter. Detta formulär är tillgängligt i alternativa format på begäran.