

การส่งต่อการสนับสนุนเด็ก
Child Support Referral

แผนการสนับสนุนเด็ก (DCS) จะใช้ข้อมูลส่วนตัวของคุณและหมายเลขประกันสังคมของคุณเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมการสนับสนุนเด็กตามที่ระบุในหัวข้อ IV-D ของกฎหมายความมั่นคงทางสังคม (Social Security Act)

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครองของเด็ก

มารดาของเด็ก					บิดาของเด็ก				
ชื่อ (ชื่อต้น / ชื่อกลาง / นามสกุล)					ชื่อ (ชื่อต้น / ชื่อกลาง / นามสกุล)				
ชื่ออื่นๆ ที่ใช้					ชื่ออื่นๆ ที่ใช้				
คู่ปล.ณ. หรือที่อยู่					คู่ปล.ณ. หรือที่อยู่				
เมือง		มลรัฐ		รหัสไปรษณีย์	เมือง		รัฐ		รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน ()		โทรศัพท์ข้อความ ()		โทรศัพท์มือถือ ()	โทรศัพท์บ้าน ()		โทรศัพท์ข้อความ ()		โทรศัพท์มือถือ ()
อีเมลแอดเดรส					อีเมลแอดเดรส				
หมายเลขประกันสังคม			วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)		หมายเลขประกันสังคม			วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	
สถานที่เกิด (เมือง / มลรัฐ / รัฐ / ประเทศ)					สถานที่เกิด (เมือง / มลรัฐ / รัฐ / ประเทศ)				
เชื้อสาย	ความสูง	น้ำหนัก	สีผม	สีตา	เชื้อสาย	ความสูง	น้ำหนัก	สีผม	สีตา
ภาษาท้องถิ่น (หากต้องการตอบกลับเป็นภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษ)					ภาษาท้องถิ่น (หากต้องการตอบกลับเป็นภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษ)				
ความเกี่ยวเนื่องทางชนเผ่า (หากมี)			อาศัยอยู่ในเขตสงวนอินเดียนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		ความเกี่ยวเนื่องทางชนเผ่า (หากมี)			อาศัยอยู่ในเขตสงวนอินเดียนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่	
ชื่อผู้ว่าจ้างที่ทราบล่าสุด					ชื่อผู้ว่าจ้างที่ทราบล่าสุด				
คู่ปล.ณ. หรือที่อยู่ของผู้ว่าจ้าง					คู่ปล.ณ. หรือที่อยู่ของผู้ว่าจ้าง				
เมืองของผู้ว่าจ้าง		รัฐ		รหัสไปรษณีย์	เมืองของผู้ว่าจ้าง		รัฐ		รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ว่าจ้าง ()			นี่เป็นธุรกิจชนเผ่าหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ว่าจ้าง ()			นี่เป็นธุรกิจชนเผ่าหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ชื่อบิดาของมารดา			ชื่อกลางมารดาของมารดา		ชื่อบิดาของบิดา			ชื่อกลางมารดาของบิดา	

ที่พักอาศัยของเด็ก

จำนวนร้อยละของเวลาที่เด็กที่ระบุในหน้า 2 อาศัยอยู่กับมารดาคือ: มารดา บิดา อื่นๆ (โปรดระบุ): _____

มีผู้ปกครองที่ไม่มีอำนาจปกครองบุตรอาศัยอยู่ด้วย หรือให้การสนับสนุนเด็กในรัฐของขงต้นหรือไม่ ไม่ ใช่
หากใช่ เมื่อไร

จำนวนร้อยละของเวลาที่เด็กที่ระบุในหน้า 2 อาศัยอยู่กับมารดาคือ _____ เปอร์เซ็นต์

จำนวนร้อยละของเวลาที่เด็กที่ระบุในหน้า 2 อาศัยอยู่กับบิดาคือ _____ เปอร์เซ็นต์

จำนวนร้อยละของเวลาที่เด็กที่ระบุในหน้า 2 อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่คือ _____ เปอร์เซ็นต์

หากเด็ก ไม่ได้ อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา ให้กรอกส่วนนี้

ชื่อของคุณ			คู่ปล.ณ. หรือที่อยู่ของคุณ		
หมายเลขประกันสังคมของคุณ		วันเดือนปีเกิดของคุณ	เมืองของคุณ		รัฐของคุณ
รหัสไปรษณีย์ของคุณ	โทรศัพท์บ้านของคุณ ()	โทรศัพท์ข้อความของคุณ ()		โทรศัพท์มือถือของคุณ ()	
ความสัมพันธ์ของคุณกับเด็ก			คุณอาศัยอยู่ในเขตสงวนอินเดียนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่เป็นบุคคลที่คุณต้องการสนับสนุนเด็ก

ระบุเฉพาะเด็กของผู้ปกครองที่ระบุในหน้า 1 ที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ ใช้เอกสารต่อหากจำเป็น

ชื่อของเด็ก (ชื่อต้น / ชื่อกลาง / นามสกุล)	เพศ	หมายเลขประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรองความเป็นบิดาแล้วหรือไม่ มีการรับทราบแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	สถานที่เกิด (เมือง / มลรัฐ / รัฐ / ประเทศ)		ความเกี่ยวเนื่องทางชนเผ่า (หากมี)
มารดาตั้งครรภ์เด็กคนนีในรัฐวอชิงตันหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่			หากไม่ แล้วตั้งครรภ์ที่ใด (มลรัฐ/รัฐ):
มีคำสั่งสนับสนุนสำหรับเด็กคนนีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		หากมี โปรดระบุวันที่คำสั่ง (เดือน / วัน / ปี)	หากมี ระบุสถานที่ออกคำสั่ง (มลรัฐ / รัฐ / ชนเผ่า)

ชื่อของเด็ก (ชื่อต้น / ชื่อกลาง / นามสกุล)	เพศ	หมายเลขประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรองความเป็นบิดาแล้วหรือไม่ มีการรับทราบแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	สถานที่เกิด (เมือง / มลรัฐ / รัฐ / ประเทศ)		ความเกี่ยวเนื่องทางชนเผ่า (หากมี)
มารดาตั้งครรภ์เด็กคนนีในรัฐวอชิงตันหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่			หากไม่ แล้วตั้งครรภ์ที่ใด (มลรัฐ/รัฐ):
มีคำสั่งสนับสนุนสำหรับเด็กคนนีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		หากมี โปรดระบุวันที่คำสั่ง (เดือน / วัน / ปี)	หากมี ระบุสถานที่ออกคำสั่ง (มลรัฐ / รัฐ / ชนเผ่า)

ชื่อของเด็ก (ชื่อต้น / ชื่อกลาง / นามสกุล)	เพศ	หมายเลขประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรองความเป็นบิดาแล้วหรือไม่ มีการรับทราบแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่
วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	สถานที่เกิด (เมือง / มลรัฐ / รัฐ / ประเทศ)		ความเกี่ยวเนื่องทางชนเผ่า (หากมี)
มารดาตั้งครรภ์เด็กคนนีในรัฐวอชิงตันหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่			หากไม่ แล้วตั้งครรภ์ที่ใด (มลรัฐ/รัฐ):
มีคำสั่งสนับสนุนสำหรับเด็กคนนีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		หากมี โปรดระบุวันที่คำสั่ง (เดือน / วัน / ปี)	หากมี ระบุสถานที่ออกคำสั่ง (มลรัฐ / รัฐ / ชนเผ่า)

ข้อมูลการแต่งงานสำหรับผู้ปกครองของเด็กที่ระบุข้างต้น

วันที่แต่งงาน (เดือน / วัน / ปี)	สถานที่แต่งงาน (มลรัฐ / รัฐ)
วันที่หย่า (เดือน / วัน / ปี)	สถานที่หย่า (มลรัฐ / รัฐ)
วันที่แยกกันอยู่ (เดือน / วัน / ปี)	สถานที่แยกกันอยู่ (มลรัฐ / รัฐ)

คำสั่งการควบคุม / ข้อกั่วงวลด้านความปลอดภัย

มีคำสั่งการควบคุม / การคุ้มครองหรือมีข้อกั่วงวลด้านความปลอดภัยสำหรับคุณหรือเด็กหรือไม่ ไม่ ใช่

ข้อมูลการจ่ายเงินสนับสนุนและการช่วยเหลือสาธารณะ

คุณหรือเด็กที่ระบุข้างต้นเคยได้รับความช่วยเหลือสาธารณะจากรัฐหรือชนเผ่าอินเดียนหรือไม่ ไม่ ใช่

หากใช่ ที่ใด (มลรัฐ / รัฐ / ชนเผ่า)	หากใช่ เมื่อไร (เดือน / ปี)
-------------------------------------	-----------------------------

หากคุณได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองที่ไม่มีอำนาจปกครองบุตร ให้กรอก **การแสดงความสนับสนุนค่าใช้จ่าย** แล้วส่งกลับไปยัง DCS แนบสำเนาคำสั่งการสนับสนุนทั้งหมด

การแสดงความเจตนา

ข้าพเจ้ายอมรับที่จะแจ้ง DCS เป็นลายลักษณ์อักษรโดยทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บเงิน-สนับสนุนจากผู้ปกครองที่มีหน้าที่ในการจ่ายเงินสนับสนุน

ข้าพเจ้ายืนยันหรือแสดงความเจตนาภายใต้กฎหมายการปรับหากเป็นพยานเท็จ ภายใต้กฎหมายแห่งรัฐวอชิงตัน ว่าข้อความเหล่านี้ถูกต้อง-และเป็นความจริง

ลงชื่อที่ _____ วอชิงตัน

ลายมือชื่อ	วันที่
------------	--------

ต้องไม่มีบุคคลใดๆ ที่ถูกแยกปฏิบัติในการว่าจ้าง การรับบริการ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมใดๆ อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด หลักความเชื่อ ศาสนา เพศ อายุ หรือความทุพพลภาพ ท่านสามารถขอแบบฟอร์มนี้ในรูปแบบทางเลือกอื่นได้