

Призначення аліментів на дітей
Child Support Referral

Служба з питань допомоги дітям (DCS) використовуватиме вашу особисту інформацію та номер соціального забезпечення для призначення аліментів на дітей згідно зі статтею IV-D Закону про соціальне забезпечення.

Інформація про батьків дітей

Мати					Батько				
ПОВНЕ ІМ'Я (ПЕРШЕ ІМ'Я, ДРУГЕ ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ)					ПОВНЕ ІМ'Я (ПЕРШЕ ІМ'Я, ДРУГЕ ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ)				
ІНШІ ІМЕНА АБО ПРИЗВИЩА, ЯКІ БУЛИ					ІНШІ ІМЕНА АБО ПРИЗВИЩА, ЯКІ БУЛИ				
ПОШТОВА СКРИНЬКА АБО НАЗВА ВУЛИЦІ					ПОШТОВА СКРИНЬКА АБО НАЗВА ВУЛИЦІ				
МІСТО		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		МІСТО		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН ()	ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ ()		МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН ()		ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН ()	ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ ()		МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН ()	
АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ					АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ				
НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ			ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ			ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)	
МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)					МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)				
РАСА	ЗРІСТ	ВАГА	КОЛІР ВОЛОССЯ	КОЛІР ОЧЕЙ	РАСА	ЗРІСТ	ВАГА	КОЛІР ВОЛОССЯ	КОЛІР ОЧЕЙ
РІДНА МОВА (ЯКЩО ЛИСТУВАННЯ МАЄ ВЕСТИСЯ НЕ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ)					РІДНА МОВА (ЯКЩО ЛИСТУВАННЯ МАЄ ВЕСТИСЯ НЕ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ)				
НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНИ (ЯКЩО Є)		ЧИ ПРОЖИВАЄ В ІНДІАНСЬКІЙ РЕЗЕРВАЦІЇ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК			НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНИ (ЯКЩО Є)		ЧИ ПРОЖИВАЄ В ІНДІАНСЬКІЙ РЕЗЕРВАЦІЇ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК		
ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОСТАННЬОГО РОБОТОДАВЦЯ					ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОСТАННЬОГО РОБОТОДАВЦЯ				
ПОШТОВА СКРИНЬКА АБО АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ					ПОШТОВА СКРИНЬКА АБО АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ				
МІСТО РОБОТОДАВЦЯ		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС		МІСТО РОБОТОДАВЦЯ		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ ()		ЦЕ РОБОТА У ПЛЕМЕНИ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕВІДОМО			НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ ()		ЦЕ РОБОТА У ПЛЕМЕНИ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НЕВІДОМО		
ПРИЗВИЩЕ БАТЬКА МАТЕРІ		ДІВОЧЕ ПРИЗВИЩЕ МАТЕРІ МАТЕРІ			ПРИЗВИЩЕ БАТЬКА БАТЬКА		ДІВОЧЕ ПРИЗВИЩЕ МАТЕРІ БАТЬКА		

Місце проживання дітей

Діти, імена яких наведено на сторінці 2, проживають із: Мати Батько Інше (вказати): _____

Чи коли-небудь проживав чи надавав послуги дітям у штаті Вашингтон той з батьків, який не має прав на опікування? Ні Так Якщо так, вкажіть, коли саме:

Який відсоток часу діти, імена яких наведено на сторінці 2, проживали з матір'ю? _____ відсотків.

Який відсоток часу діти, імена яких наведено на сторінці 2, проживали з батьком? _____ відсотків.

Який відсоток часу діти, імена яких наведено на сторінці 2, проживали з тим з батьків, який не має прав на опікування дитиною? _____ відсотків.

Якщо діти НЕ проживають з матір'ю або батьком, заповніть цей розділ

ВАШЕ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ		ВАША ПОШТОВА СКРИНЬКА АБО НАЗВА ВУЛИЦІ		
ВАШ НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (SOCIAL SECURITY NUMBER)	ВАШ ДЕНЬ НАРОДЖЕННЯ	ВАШЕ МІСТО	ВАШ ШТАТ	ВАШ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ВАШЕ ВІДНОШЕННЯ ДО ДІТЕЙ		ВАШ ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ()	ВАШ ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ ()	ВАШ МОБІЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН ()
ВАШ НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНИ (ЯКЩО Є)		ЧИ ПРОЖИВАЄТЕ ВИ В ІНДІАНСЬКІЙ РЕЗЕРВАЦІЇ? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так		

Інформація про дітей, яким ви хочете надати допомогу

Вкажіть тільки тих дітей батьків, імена яких вказано на сторінці 1, які мешкають у вашому домі. У разі потреби візьміть додатковий аркуш.

ІМ'Я ДИТИНИ (ПЕРШЕ ІМ'Я, ДРУГЕ ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ)		СТАТЬ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ЧИ ВИЗНАВ БАТЬКО СВОЄ БАТЬКІВСТВО ПІДТВЕРДЖЕННЯ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК
ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)		НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНІ (ЯКЩО Є)
ЧИ ЗАВАГІТНІЛА МАТИ ЦІЄЮ ДИТИНОЮ У ШТАТІ ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК			ЯКЩО НІ, ВКАЖІТЬ, ДЕ САМЕ (ОКРУГ/ШТАТ).	
ЧИ БУЛО ВИДАНО ПОСТАНОВУ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ НА ДИТИНУ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ДАТУ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ МІСЦЕ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (ОКРУГ/ШТАТ/ПЛЕМ'Я)
ІМ'Я ДИТИНИ (ПЕРШЕ ІМ'Я, ДРУГЕ ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ)		СТАТЬ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ЧИ ВИЗНАВ БАТЬКО СВОЄ БАТЬКІВСТВО ПІДТВЕРДЖЕННЯ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК
ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)		НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНІ (ЯКЩО Є)
ЧИ ЗАВАГІТНІЛА МАТИ ЦІЄЮ ДИТИНОЮ У ШТАТІ ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК			ЯКЩО НІ, ВКАЖІТЬ, ДЕ САМЕ (ОКРУГ/ШТАТ).	
ЧИ БУЛО ВИДАНО ПОСТАНОВУ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ НА ДИТИНУ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ДАТУ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ МІСЦЕ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (ОКРУГ/ШТАТ/ПЛЕМ'Я)
ІМ'Я ДИТИНИ (ПЕРШЕ ІМ'Я, ДРУГЕ ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ)		СТАТЬ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	ЧИ ВИЗНАВ БАТЬКО СВОЄ БАТЬКІВСТВО ПІДТВЕРДЖЕННЯ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК
ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)		НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНІ (ЯКЩО Є)
ЧИ ЗАВАГІТНІЛА МАТИ ЦІЄЮ ДИТИНОЮ У ШТАТІ ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК			ЯКЩО НІ, ВКАЖІТЬ, ДЕ САМЕ (ОКРУГ/ШТАТ).	
ЧИ БУЛО ВИДАНО ПОСТАНОВУ ПРО НАДАННЯ ДОПОМОГИ НА ДИТИНУ? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ ДАТУ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)		ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ МІСЦЕ ВИДАЧІ ПОСТАНОВИ (ОКРУГ/ШТАТ/ПЛЕМ'Я)

Інформація про одруження батьків дітей, імена яких внесено до списку вище

ДАТА ОДРУЖЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)	МІСЦЕ ОДРУЖЕННЯ (ОКРУГ/ШТАТ)
ДАТА РОЗЛУЧЕННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)	МІСЦЕ РОЗЛУЧЕННЯ (ОКРУГ/ШТАТ)
ДАТА ПРИПИНЕННЯ СУМІСНОГО ПРОЖИВАННЯ (МІСЯЦЬ/ДЕНЬ/РІК)	МІСЦЕ ПРИПИНЕННЯ СУМІСНОГО ПРОЖИВАННЯ (ОКРУГ/ШТАТ)

Заборонний наказ / загроза безпеці

Чи підпадаєте ви під дію заборонного/охоронного наказу або чи існує загроза вашій безпеці або безпеці ваших дітей? НІ ТАК

Інформація про державну грошову допомогу та аліменти

Ви або діти будь-коли отримували державну грошову допомогу від штату або індіанського племені? <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> ТАК	
ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ, ДЕ САМЕ (ОКРУГ(И)/ШТАТ(И)/ПЛЕМ'Я(ПЛЕМЕНА))	ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ, КОЛИ САМЕ (МІСЯЦЬ/РІК)

Якщо дитина отримувала допомогу від того з батьків, який не має прав на опікування, заповніть **Заяву про отриману грошову допомогу** та поверніть її до DCS. **Прикладіть копії усіх постанов про надання допомоги.**

Заява

Я погоджуюсь одразу письмово повідомляти DCS про будь-які новини або зміни стосовно одержання підтримки від того з батьків, хто відповідальний за сплату підтримки.

Я обізнаний(-а) із можливістю покарання за кривосвідчення згідно з законодавством штату Вашингтон, і я стверджую, що зазначене в цій заяві є вірним і правильним.

Підписан _____, Штат Вашингтон.

ПІДПИС	ДАТА
--------	------

Жодна особа не може підлягати дискримінації через її расу, колір шкіри, національне походження, переконання, релігію, стать, вік чи непрацездатність у питаннях працевлаштування, надання послуг чи будь-яких аспектах роботи програми. Цей документ можна отримати в альтернативних форматах за запитом