

ការស្នើសុំបញ្ជាក់អាសយដ្ឋាន
Address Disclosure Request
(RCW 26.23.120 និង WAC 388-14A-2107)

សេចក្តីណែនាំ

ចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ ហើយប្រគល់ត្រឡប់វាទៅនាយកដ្ឋានគាំទ្រកុមារ (DCS) វិញតាមអាសយដ្ឋានដែលមានរៀបរាប់នៅទំព័រទី 2 ។

1. ប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមសំបុត្រ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទនេះទៅ DCS អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ ។
2. ប្រសិនបើអ្នកយកទៅ DCS ដោយផ្ទាល់ អ្នកមិនចាំបាច់បញ្ជាក់វានោះទេ ។ អ្នកនឹងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ DCS នូវការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ ដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកគឺជាបុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ។
3. ប្រសិនបើមេធាវីរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា ហើយធ្វើតាមសំបុត្រ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទនេះទៅ DCS មេធាវីរបស់អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់វាឡើយ ។

គូសប្រអប់ខាងក្រោមដែលអនុវត្តតាមការស្នើសុំរបស់អ្នក ។ លើកលែងសម្រាប់ហត្ថលេខារបស់អ្នក ត្រូវសរសេរជាអក្សរព្រហ្មទម្រង់មេដៃទាំងអស់ ។ ចូរចៀសវាងការបំភាន់ ឬខ្មៅ ប៉ុណ្ណោះ ។

ការស្នើសុំ

1. ខ្ញុំសូមស្នើសុំអាសយដ្ឋានដែលបានស្គាល់ក្នុងក្រោយរបស់ភាគីផ្សេងទៀត (ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម) ដល់ដីកាគាំទ្រកុមាររបស់អ្នក ។ ខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីបង្កើត អនុវត្តច្បាប់ ឬកែតម្រូវដីកាគាំទ្រក្នុងតុលាការ ។
2. ខ្ញុំសូមស្នើសុំអាសយដ្ឋានរបស់និយោជិកដែលបានស្គាល់ក្នុងក្រោយសម្រាប់ភាគីផ្សេងទៀត (ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម) ដល់ដីកាគាំទ្រកុមាររបស់អ្នក ។ ខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីបង្កើត អនុវត្តច្បាប់ ឬកែតម្រូវដីកាគាំទ្រក្នុងតុលាការ ។
3. ខ្ញុំសូមស្នើសុំអាសយដ្ឋានរបស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមដើម្បីអនុវត្តច្បាប់លើសិទ្ធិនៃការសួរសុខទុក្ខ ការមើលថែទាំ ឬការផ្តល់នូវពេលស្នាក់នៅនៃដីកាតុលាការរបស់អ្នក ។ មិនមានដីកាតុលាការដែលរឹតបន្តឹងដល់ការសួរសុខទុក្ខ ការមើលថែទាំ ឬសិទ្ធិស្នាក់នៅឡើយ ។
 - a. ខ្ញុំបានផ្តល់ច្បាប់ចម្លងមួយនៃដីកាតុលាការថ្មីបំផុតដល់ DCS ។ ដីកានេះផ្តល់សិទ្ធិដល់ខ្ញុំក្នុងការសួរសុខទុក្ខ ការមើលថែទាំ ឬសិទ្ធិស្នាក់នៅ ។ សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំមិនបានផ្លាស់ប្តូរនោះទេ តាំងពីការបញ្ជូននូវដីកានេះ ។
 - b. ខ្ញុំបានក្លាយជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងមួយនៃដីកាតុលាការថ្មីបំផុត ។ ដីកានេះផ្តល់សិទ្ធិដល់ខ្ញុំក្នុងការសួរសុខទុក្ខ ការមើលថែទាំ ឬសិទ្ធិស្នាក់នៅ ។ សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំមិនបានផ្លាស់ប្តូរនោះទេ តាំងពីការបញ្ជូននូវដីកានេះ ។
4. ខ្ញុំសូមស្នើសុំអាសយដ្ឋានដែលបានស្គាល់ក្នុងក្រោយរបស់ភាគីផ្សេងទៀត (ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម) ដល់ដីកាគាំទ្រកុមាររបស់អ្នក ។ ខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីបង្កើតផែនការមើលថែទាំសម្រាប់កុមារដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម ។

ឈ្មោះពេញរបស់ខ្ញុំ _____

ប្រអប់ PO ឬអាសយដ្ឋាន _____

លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ខ្ញុំ _____

ទីក្រុងរបស់ខ្ញុំ _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____

ឈ្មោះពេញរបស់ភាគីផ្សេងទៀតនេះដីកាគាំទ្ររបស់ខ្ញុំ / អាណាព្យាបាលរបស់កុមារ _____

()
លេខទូរស័ព្ទរបស់ខ្ញុំ (រួមមានកូដតំបន់) _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ឈ្មោះរបស់កុមារ _____

ហត្ថលេខា

ខ្ញុំយល់ថាច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនមិនអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំលើទំព័រទី 1 ដល់នរណាម្នាក់ឡើយ លើកលែងតែត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាត់វិធានការស្របច្បាប់ ដែលខ្ញុំបានស្នើសុំនោះ ។

_____ កាលបរិច្ឆេទ

_____ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ឬហត្ថលេខាមេធាវីរបស់ខ្ញុំ

វិញ្ញាបនកម្ម

រដ្ឋ _____

ស្រុក _____

បានចុះហត្ថលេខា ឬបញ្ជាក់នៅចំពោះមុខខ្ញុំលើ _____ ដោយ _____

_____ ហត្ថលេខា

_____ មុខងារ

ការណាត់ជួបផ្ទុកកំណត់នៅ _____

ផ្ញើសំបុត្រទូរស័ព្ទប្រុងបែបបទដែលបានចំពោះទូរស័ព្ទ

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

នៅក្នុងតំបន់ហៅ Olympia (360) 664-5000

នៅក្រៅតំបន់ហៅ Olympia (800) 457-6202

ទូរសារ៖ 866-668-9518

សេវា TTY/TDD អាចរកបានសម្រាប់អ្នកមានបញ្ហានិយាយ ឬការស្តាប់ ។

ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ៖ www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

ដើម្បីឆ្លើយតប សូមសំដៅទៅលេខសំណុំរឿង៖

គ្មានជនណាម្នាក់ ដោយព្រោះជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត គោលជំនឿ សាសនា ភេទ អាយុ ឬ ពិការភាព ត្រូវតែប្រកាន់រើសអើងនៅក្នុងការងារ សេវាកម្ម ឬ ទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពរបស់កម្មវិធីនេះឡើយ ។ ទម្រង់បែបបទនេះគឺអាចរកបានក្នុងទម្រង់ទ្រាយផ្សេងៗទៅតាមសេចក្តីស្នើសុំ ។