Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

طلب بالكشف عن عنوان

Address Disclosure Request

(RCW 26.23.120, WAC 388-14A-2107)

الإرشادات

استكمل هذا النموذج واعده إلى قسم دعم الطفل على العنوان الوارد في الصفحة 2.

1. إذا قمت بإرسال هذا النموذج إلى قسم دعم الطفل بالبريد أو الفاكس، فيجب أن يكون مصدقاً عليه.
2. إذا قمت بتسليم هذا النموذج يداً بيد إلى قسم دعم الطفل، ليس من الضروري التصديق عليه. سيتعين عليك في تلك الحالة منح قسم دعم الطفل تعريفاً بهويتك يؤكد كونك الشخص الموقع أدناه.
3. إذا قام محاميك بتوقيع هذا النموذج وإرساله بالبريد أو الفاكس إلى قسم دعم الطفل، ليس من الضروري التصديق عليه.

قم بالتأشير على المربعات الموجودة أدناه. **فيما عدا توقيعك، قم بطباعة جميع الإجابات. استخدم الحبر الأزرق أو الأسود فقط.**

الطلب

1. ☐ أنا أطالب بآخر عنوان معروف للطرف الآخر (المذكور اسمه أدناه) لأمر دعم الطفل خاصتي. أنا في حاجة إلى تلك المعلومات لإصدار أو تنفيذ أو تعديل أمر الدعم في المحكمة.
2. ☐ أنا أطالب بآخر عنوان معروف لرب عمل الطرف الآخر (المذكور اسمه أدناه) لأمر دعم الطفل خاصتي. أنا في حاجة إلى تلك المعلومات لإصدار أو تنفيذ أو تعديل أمر دعم طفل في المحكمة.
3. ☐ أنا أطالب بآخر عنوان معروف للطفل الواردة أسماؤهم لتنفيذ حقوق الزيارة أو الوصاية أو أحكام مدة الإقامة الواردة ضمن أمر المحكمة خاصتي. لا يوجد أمر محكمة يقيد حقوق الزيارة أو الوصاية أو الإقامة خاصتي.
   - أ. ☐ لقد قمت بالفعل بإعطاء قسم دعم الطفل نسخة من أحدث أمر محكمة. يمنحني هذا الأمر حقوق الزيارة أو الوصاية أو الإقامة. لم تتغير حقوقي منذ إصدار هذا الأمر.
   - ب. ☐ لقد قمت بإرفاق نسخة من أحدث أمر محكمة. يمنحني هذا الأمر حقوق الزيارة أو الوصاية أو الإقامة. لم تتغير حقوقي منذ إصدار هذا الأمر.
4. ☐ أنا أطالب بآخر عنوان معروف للطرف الآخر (المذكور اسمه أدناه) من أمر دعم الطفل خاصتي. أنا أحتاج هذه المعلومات لإصدار نظام أبوة للطفل الواردة أسماؤهم أدناه.

اسمي بالكامل

صندوق البريد أو عنوان الشارع خاصتي

رقم الضمان الاجتماعي

مدينتي | الولاية | الرمز البريدي

الاسم الكامل للطرف الآخر لأمر الدعم/الوصي على الأطفال

رقم هاتفي (متضمناً كود المنطقة)

( )

اسم الطفل

اسم الطفل

اسم الطفل

اسم الطفل

اسم الطفل

اسم الطفل

التوقيع

أنا أدرك أن قوانين ولاية واشنطن لا تسمح لي بتقديم المعلومات المطلوبة في الصفحة 1 إلى أي شخص إلى في نطاق ما هو ضروري لاتخاذ الإجراء القانوني الذي طالبت من أجله بهذه المعلومات.

التاريخ

توقيعي أو توقيع المحامي الخاص بي

التصديق

ولاية _____

مقاطعة _____

وأكد وقعت أو قبلي في _____ من قبل _____
.

توقيع

وظيفة

شهادة بلدي تنتهي في _____

يتم إرسال البريد المستوفى إلى:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

خلال Olympia أو في حال الاتصال من منطقة 5000-664 (360)
خارج Olympia منطقة الاتصال 6202-457 (800)
فاكس: 866-668-9518

تتوافر خدمات الكتابة عن بعد (TTY)/اتصال عن بعد (TDD) لأصحاب الإعاقة الكلامية أو السمعية.
الرجاء زيارة موقع الويب: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

عند الرد، يرجى الإشارة إلى أرقام القضية:

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصل أو العقيدة أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة عند التوظيف أو في الخدمات أو في أي جانب من أنشطة البرنامج. هذا النموذج متاح بتنسيقات بديلة عند الطلب.