Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILDREN'S ADMINISTRATION

印地安人身份识别信息索取表格
Indian Identity Request

联邦和州立印第安儿童福利法案要求对所有印第安儿童进行身份信息登记。为了协助此项法案之实施，所有亲生父母均需填妥此表格。

儿童姓名	个人 ID 号码	出生日期	个案号码

_____,以及本人, _____,
生母姓名　　生父/假设父亲姓名

特此确认_____ 属于下列印第安血统：
儿童姓名

母亲：

印第安血统：☐ 是 ☐ 否

部落：_____

☐ 无法确认此部落

父亲：

印第安血统：☐ 是 ☐ 否

部落：_____

☐ 无法确认此部落

若提供信息者并非儿童之双亲，请填写姓名及其与该名儿童的关系：

母亲签名	日期	父亲签名	日期
☐ 家长拒绝签名 ☐ 家长不在场，无法签名		☐ 家长拒绝签名 ☐ 家长不在场，无法签名	

个案管理员签名	日期	个案管理员姓名	

代理机构街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码

CA 个案管理员必须：

- 在 FamLink 中上传填写完整的表格。
- 如果父母一方或双方回答是，在 FamLink 中填写家族血统表 (#04-220)。
- 员工必须在 10 个工作日内将美国原住民查询推荐 (NAIR) 通过电子邮件发送至 CANativeAmericanInquiry@dshs.wa.gov。