



លិខិតដាក់ពាក្យសុំការអនុវត្តន៍កាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនរបស់ឪពុកឬម្តាយមិនមែនអ្នកអាណាព្យាបាលកូន

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

សូមឆ្លើយនិងសំណួរនីមួយៗឲ្យបានពេញលេញទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ក្រៅពីហត្ថលេខារបស់អ្នក, សូមសរសេរចម្លើយទាំងអស់ឲ្យបានច្បាស់។ ឬវាយដា អក្សរពុម្ព និង សូមប្រើតែចំណុំពណ៌ខៀវឬខ្មៅចុះឈ្មោះ។ បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ, សូមសរសេរ "UNK" ("មិនដឹង") នៅក្នុងប្រឡោះចម្លើយនោះ។ បើអ្នកត្រូវការប្រឡោះសរ សេរចម្លើយណាមួយបន្ថែមទៀត, សូមប្រើសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកមួយទៀត រួចហើយភ្ជាប់វាជាមួយនិងទម្រង់នេះ។ នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភកូន (Division of Child Support - DCS) នឹងប្រើលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សម្រាប់គោលដៅអនុវត្តន៍កាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូន ទៅតាមវាក្យខណ្ឌនៃច្បាប់ Title IV-D of the Social Security Act (ច្បាប់សន្តិសុខសង្គម មាត្រា ថៃតុលប្យូ-ខី)។

I. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

1. ឈ្មោះពេញ នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល 2. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត 3. ភេទ 4. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

5. ឈ្មោះអ្វីទៅទៀតដែលអ្នកប្រើ 6. កូដសាសន៍កំណើត 7. កម្ពស់ 8. ទម្ងន់ 9. ពណ៌សប្បុរសកំ 10. ពណ៌សប្បុរសភ្នែក

11. បើអ្នកត្រូវការទទួលសំបុត្រឆ្លើយឆ្លងជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស, សូមប្រាប់ឈ្មោះភាសា ៖

12. ទីកន្លែងកើត ៖ ក្រុង រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

13. តើអ្នកសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធតំណួរឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើកុលសម្ព័ន្ធណា?

14. តើអ្នករស់នៅលើទឹកដីប្រឡងសំរាប់កុលសម្ព័ន្ធឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើទឹកដីប្រឡងណា?

15. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

16. អាសយដ្ឋានរស់នៅ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានសំបុត្រ) ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

17. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ () 18. លេខទូរស័ព្ទទទួលសារ/លេខទូរស័ព្ទដៃ () 19. លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ ()

20. ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយ ៖ នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល (ទោះជាសាច់ហើយក៏ដោយ)

21. ឈ្មោះក្រមុំរបស់ម្តាយ ៖ នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

22. អាសយដ្ឋានរបស់ម្តាយ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

23. ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក ៖ នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល (ទោះជាសាច់ហើយក៏ដោយ)

24. អាសយដ្ឋានរបស់ឪពុក ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

25. តើអ្នកជាសមាជិកនៃកងទ័ពយោធពល (military reserve forces) ឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 26-28។ បើ ឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 29។

26. សំខាន់នៃកងទ័ពយោធពល 27. កងទ័ពយោធពលត្រៀមខ្នាតជិត កងទ័ពយោធពលត្រៀមខ្នាតរដ្ឋ 28. ស្ថានីយកាតព្វកិច្ច (DUTY STATION)

សូមផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់សាច់ញាតិ, មិត្តភក្តិ, ឬទីកន្លែងនានាដែល DCS អាចទាក់ទងអ្នក ៖

29. ឈ្មោះ 30. អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

31. លេខទូរស័ព្ទ 32. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក

33. ឈ្មោះ 34. អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ ក្រុង រដ្ឋ លេខសប្បុរសភ្នែក

35. លេខទូរស័ព្ទ 36. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក

II. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងសហជីពការងាររបស់អ្នក

ដើម្បីជួយ DCS បំពេញសំណុំបែបបទដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក, សូមភ្ជាប់សំណេរវាយតម្លៃនៃសក្តានុពលរបស់អ្នក ឬបញ្ជីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

1. តើអ្នកធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 5។			
2. ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន		3. <input type="checkbox"/> កម្មសិទ្ធិដាច់ខ្លួនខ្ញុំ <input type="checkbox"/> ភាគីរួម <input type="checkbox"/> សហហ៊ុនជាដៃគូ	
4. អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុន ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ
5. ឈ្មោះរបស់និយោជក		<input type="checkbox"/> និយោជកពេញឆ្នាំ <input type="checkbox"/> និយោជកតាមរដូវ	
6. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ
7. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក	8. អ្នកធ្វើការវិជ្ជាជីវៈក្នុងមួយអាទិត្យ។	9. ម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នក	
10. <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាកុលសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នក ដែលស្ថិតលើទឹកដីប្រទេសរបស់កុលសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> និយោជកមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយកុលសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នកទេ			
11. តើអ្នកសព្វថ្ងៃនេះចូលជាសមាជិកសហជីពការងារទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 12-14។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែកទី III (Section III)។			
12. ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ		13. លេខទូរស័ព្ទប្រចាំតំបន់	
14. អាសយដ្ឋានរបស់សហជីពការងារ ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ

III. ព័ត៌មានស្តីពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក

1. តើអ្នកមានទទួលបាននូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈនិយោជក, សហជីពការងារ, ឬសេវាសុខាភិបាលសម្រាប់អ្នកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-7។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 8។			
2. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង		3. លេខកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង	4. លេខក្រុម
5. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ
6. ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖ <input type="checkbox"/> គែវផ្តល់សេវាសុខភាព <input type="checkbox"/> ផ្តល់សេវា និងធុញ <input type="checkbox"/> គែវធុញមួយមុខ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (ចូររាយឈ្មោះ) ៖ _____	7. កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន		
8. តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀតទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 9-14។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 15។			
9. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃ		10. លេខកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង	11. លេខក្រុម
12. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃ ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ
13. . ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖ <input type="checkbox"/> គែវផ្តល់សេវាសុខភាព <input type="checkbox"/> ផ្តល់សេវា និងធុញ <input type="checkbox"/> គែវធុញមួយមុខ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (ចូររាយឈ្មោះ) ៖ _____	14. កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន		
15. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់ការរ៉ាប់រងដល់កូនណាម្នាក់ ដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងសំណុំរឿងនេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 16 និង 17។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក IV (Section IV)។			
16. ថ្លៃប្រចាំឆ្នាំធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែដល់កូនម្នាក់ៗ \$		17. ថ្លៃប្រចាំឆ្នាំធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែសរុបដល់កូនទាំងអស់ \$	

IV. ព័ត៌មានស្តីពីហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក

1. ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម ឬប្រាក់ចំណូល ទូទៅប្រចាំខែដុល \$	2. ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម ឬប្រាក់ចំណូល ទូទៅប្រចាំខែសន្ទ \$	3. ពេលបើកប្រាក់ ៖ <input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____	
4. ឈ្មោះរបស់ធនាគារ		5. សំខាន់ធនាគារ	
6. អាសយដ្ឋានរបស់ធនាគារ ៖	អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ

IV. ព័ត៌មានស្តីពីហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក (ត)

7. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកទទួលបានជំនួយចូលនិវត្តន៍ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, ទទួលបានពីណា?

បើអ្នកទទួលបានជំនួយចូលនិវត្តន៍ផ្នែកកងទ័ព, សូមឆ្លើយសំណួរ 8 និង 9។ បើមិនបានទទួលទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

8. ធនាគារចូលនិវត្តន៍របស់អ្នក 9. សាខាធនាគារ

10. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកទទួលបានជំនួយទូទាត់សំណងកម្មករ (workers compensation benefits) ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 11 និង 12។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 13។

11. តើនរណាជាអ្នកបង់ជំនួយនេះ? 12. លេខទាមទារ (CLAIM NUMBER)

13. ត្រូវបានប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ឈ្នួលការងារ, តើអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលណាផ្សេងទៀតទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមប្រាប់ប្រភព។

14. តើអ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 15 និង 16។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក V។

15. ទីកន្លែងដែលទ្រព្យសម្បត្តិស្ថិតនៅ 16. ប្រភេទនៃទ្រព្យសម្បត្តិ (អចលនទ្រព្យ, ទូក, រថយន្ត ។ល។)

V. ព័ត៌មានស្តីពីអាពាហ៍ពិពាហ៍, បិតុភាព, និងដីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក

សូមភ្ជាប់សំណើចម្លងនៃលិខិតថ្លែងសច្ចា, ដីកាគុណការ, ដីកាអនុវត្ត, និងកិច្ចព្រមព្រៀងឧបត្ថម្ភកូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទាំងអស់។

1. តើអ្នកបានរៀបការជាមួយឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

2. កាលបរិច្ឆេទនៃការរៀបការ 3. ទីកន្លែងរៀបការ ៖ ក្រុង ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

4. តើឪពុកនេះអ្នកបានលែងលះពីឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 5 និង 6។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 7។

5. កាលបរិច្ឆេទនៃការលែងលះ 6. ទីកន្លែងលែងលះ ៖ ក្រុង ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

7. តើឪពុកនេះអ្នកបានបែកគ្នា(ដោយមិនលែងលះ)ពីឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 8 និង 9។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

8. កាលបរិច្ឆេទនៃការបែកគ្នា 9. ទីកន្លែងបែកគ្នា ៖ ក្រុង ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

10. បើអ្នកមិនដែលបានរៀបការជាមួយឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកទេ, តើគុណការអនុវត្តប្រាក់ចំណាត់ចេញនៃឪពុករបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។
 បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 11-13។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 14។

11. កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះបញ្ជីដីកា 12. ទីកន្លែងចុះបញ្ជីដីកា ៖ ក្រុង ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

13. ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក ៖ រាមត្រកូល រាមខួន រាមកណ្តាល

14. តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតថ្លែងសច្ចា (Paternity Affidavit) ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 15-16។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 17។

15. កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខា 16. ទីកន្លែងចុះហត្ថលេខា/ចុះបញ្ជី ៖ ក្រុង ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

17. ឈ្មោះរបស់រដ្ឋ និង កុលសម្ព័ន្ធ ដែលកូនបានចាប់កំណើតក្នុងផ្ទៃម្តាយ

18. តើអ្នកមានដីកាឧបត្ថម្ភកូនដទៃទៀតទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 19-21។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 22។

19. កាលបរិច្ឆេទចុះបញ្ជី 20. លេខ CAUSE NUMBER (បើដឹង) 21. ទីកន្លែងចុះបញ្ជី ៖ ខេត្ត រដ្ឋ/ខេត្ត កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

22. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកបង់ប្រាក់សោធនអាហារកិច្ច (alimony) ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 23 និង 24។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 25។

23. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់ 24. ឈ្មោះរបស់មនុស្ស(នារី)ដែលបានបង់ប្រាក់

V. ព័ត៌មានស្តីពីអាពាហ៍ពិពាហ៍, បិតុភាព, និងដីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក (ត)

25. តើអ្នកធ្លាប់បានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនទៅឲ្យទីភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភកូនរបស់រដ្ឋដទៃ ឬរបស់កុលសម្ព័ន្ធដទៃទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 26 និង 27។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 28។	
26. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់	27. ឈ្មោះរបស់ទីភ្នាក់ងារ
28. តើអ្នកធ្លាប់បានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនទៅតាមរយៈស្បៀនរបស់តុលាការណាម្នាក់ទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 29 និង 30។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 31។	
29. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់	30. ទីកន្លែងបង់ប្រាក់ ៖ ខោនធី រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ
31. សូមពណ៌នាអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបានធ្វើតាមការនិយាយផ្ទាល់មាត់ និងតាមចំណារលិខិតលាយលក្ខណ៍អក្សរទាំងអស់ ដែលអ្នកបានធ្វើជាមួយឪពុកឬម្តាយម្ខាង ទៀត ដែលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក។ _____	

VI. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនស្តីពីឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត

ផ្នែកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូន។ ដែលមានឈ្មោះក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យសុំការអនុវត្តវិធានការក្នុងឧបត្ថម្ភកូននេះ។

1. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	2. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	3. ភេទ	4. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
5. ឈ្មោះដទៃទៀត ដែលបានប្រើ			
6. បើឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតត្រូវការទទួលសំបុត្រឆ្លើយត្រង់ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស, សូមប្រាប់ឈ្មោះភាសា ៖			
7. ទីកន្លែងកើត ៖	ក្រុង	រដ្ឋ/ខេត្ត	ប្រទេស
8. តើឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធតណ្តានឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើកុលសម្ព័ន្ធណា?			
9. តើឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរស់នៅលើទឹកដីប្រូឌីងសំរាប់កុលសម្ព័ន្ធឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើទឹកដីប្រូឌីងណា?			
10. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង	រដ្ឋ
11. អាសយដ្ឋានរស់នៅ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង	រដ្ឋ
(បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានសំបុត្រ)			លេខប្រឹក្សា
12. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	13. លេខទូរស័ព្ទទទួលសារ/លេខទូរស័ព្ទដៃ	14. លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ	
()	()	()	

VII. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងប្រាក់ចំណូលពលកម្មរបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត

1. តើឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយ សំណួរ 5។			
2. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន		3. <input type="checkbox"/> កម្មសិទ្ធិជាប់មុខម្នាក់ឯង <input type="checkbox"/> សាជីវកម្ម <input type="checkbox"/> សហហ៊ុនជាដេក	
4. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុន ៖		អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង
		រដ្ឋ	លេខប្រឹក្សា
5. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន		6. <input type="checkbox"/> និយោជកពេញឆ្នាំ <input type="checkbox"/> និយោជកតាមរដូវ	
7. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក ៖		អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង
		រដ្ឋ	លេខប្រឹក្សា
8. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក	9. ធ្វើការរៀនសូត្រក្នុងមួយអាទិត្យ។		10. ម៉ោងធ្វើការ

VII. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងប្រាក់ចំណូលពលកម្មរបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត (ត)

11. <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាកុលសម្ព័ន្ធតំណួរ <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធតំណួរ	<input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធតំណួរ ដែលស្ថិតលើទឹកដីប្រទេសរបស់កុលសម្ព័ន្ធ <input type="checkbox"/> និយោជកមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយកុលសម្ព័ន្ធតំណួរទេ	
12. ប្រាក់ចំណូលពលកម្មប្រចាំខែដុល \$	13. ប្រាក់ចំណូលពលកម្មប្រចាំខែសុទ្ធ \$	14. ពេលបើកប្រាក់ ៖ <input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> ផេងៗ (សប្តាហ៍) ៖

VIII. ព័ត៌មានស្តីពីកូនៗក្នុងសំណុំរឿងនេះ

1. សូមសរសេរឈ្មោះកូនៗទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត ដែលអ្នកមានកាតព្វកិច្ចត្រូវតែបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ដើម្បីឧបត្ថម្ភពួកគេ បដែលអ្នកចង់បង្កើតឲ្យមានកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនណាមួយ ដើម្បីជួយឧបត្ថម្ភដល់ពួកគេ។

A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	C. ភេទ	D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក	F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត		
G. កុលសម្ព័ន្ធ			H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖

A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	C. ភេទ	D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក	F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត		
G. កុលសម្ព័ន្ធ			H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖

A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	C. ភេទ	D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក	F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត		
G. កុលសម្ព័ន្ធ			H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖

A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	C. ភេទ	D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក	F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត		
G. កុលសម្ព័ន្ធ			H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖

A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល	B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	C. ភេទ	D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)
E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក	F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត		
G. កុលសម្ព័ន្ធ			H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖

2. តើមានរដ្ឋវេទនា(ក្រៅពីរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) រឺ កុលសម្ព័ន្ធ ធ្លាប់បានផ្តល់ជំនួយសំណើដើម្បីឧបត្ថម្ភកូនៗទាំងប៉ុន្មាន ដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះទេ? ទេ បាទ/ចា៖។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, សូមឆ្លើយសំណួរ 3 និង 4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 5។

3. ពេលវេលាផ្តល់ជំនួយ (ចុងក្រោយបំផុត)	4. ទីកន្លែងផ្តល់ជំនួយ (ចុងក្រោយបំផុត) ៖ ខោនធី រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ
--------------------------------------	---

5. ក្នុងខណៈដែលជាប់មានកាតព្វកិច្ចត្រូវតែបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន, តើកូនៗទាំងនេះបានរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារលើសពីមួយគ្រួសារឬ? ទេ បាទ/ចា៖។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, សូមឆ្លើយសំណួរ 6-11។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក IX (Section IX)។

6. ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាលក្នុងក្រុមគ្រួសារ	7. ទីកន្លែង ៖ ក្រុង រដ្ឋ	8. កាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារនេះ
9. ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាលក្នុងក្រុមគ្រួសារ	10. ទីកន្លែង ៖ ក្រុង រដ្ឋ	11. កាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារនេះ

IX. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់កូនៗដែលមានឈ្មោះក្នុងទម្រង់នេះ

សូមចុះគ្រប់ទាំងប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់កូនៗដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងសំណុំរឿងនេះ សម្រាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំចុងក្រោយ។ DCS ប្រហែលជាអាចនឹងស្នើសុំឲ្យអ្នកផ្តល់កំរិតតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកពិតជាបានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះប្រាកដមែន។

ឆ្នាំ/ខែ					
មករា					
កុម្ភៈ					
មីនា					
មេសា					
ឧសភា					
មិថុនា					
កក្កដា					
សីហា					
កញ្ញា					
តុលា					
វិច្ឆិកា					
ធ្នូ					
សរុប					

ឆ្នាំ/ខែ					
មករា					
កុម្ភៈ					
មីនា					
មេសា					
ឧសភា					
មិថុនា					
កក្កដា					
សីហា					
កញ្ញា					
តុលា					
វិច្ឆិកា					
ធ្នូ					
សរុប					

X. សេចក្តីបញ្ជាក់

បើអ្នកចង់ឲ្យ DCS អនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត, នោះសូមជ្រើសរើសប្រភេទសេវាអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកចង់បាន ៖

- ខ្ញុំចង់ឲ្យ DCS គម្របឲ្យឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតផ្តល់កម្រៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់កូនៗទាំងនេះ
អនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត ។
- ខ្ញុំចង់ឲ្យ DCS ទារប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលជាចំណែកទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលគ្មានការរ៉ាប់រងរបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត
(ដោយសរុបទាំងថ្លៃខ្វែង, ថ្លៃដាក់ធុរិយ, និងថ្លៃបញ្ជូនធានារ៉ាប់រង ដូចដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងក្រមរដ្ឋបាល WAC 388-14A-1020) ដែលខ្ញុំបាន
បង់ក្នុងនាមរបស់កូនៗទាំងប៉ុន្មានរួចហើយនោះ។

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំសេវាអនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំដឹងថា DCS ព្យាយាមទារប្រាក់បំណុលឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលមិនហាមឃាត់ដោយច្បាប់អាជ្ញាយុកាល (statute of limitations)។ ខ្ញុំដឹងថា ការស្នើសុំនេះនឹងចុះឈ្មោះដីកាឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំជាមួយភ្នាក់ងារចុះបញ្ជីឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Support Registry – WSSR)។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ទាំងប៉ុន្មានអាចនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ដើម្បីបង្កើត, អនុវត្ត, ឬកែប្រែកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់ DCS ឲ្យដឹង នៅពេលណាខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ឬនិយោជករបស់ខ្ញុំ និងអំពើព្រឹត្តិការណ៍ផ្សេងៗទៀត ដែលអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរដល់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើគ្រប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់ខ្ញុំទៅឲ្យ DCS។ ខ្ញុំយល់ថា DCS ឲ្យក្រុមគ្រប់គ្រងកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ តែទៅលើការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលខ្ញុំបានធ្វើទៅឲ្យ WSSR, ទៅឲ្យតុលាការឬភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋ, ឬទៅឲ្យតុលាការឬភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កុលសម្ព័ន្ធប៉ូណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា DCS នឹងមិនឲ្យក្រុមគ្រប់គ្រងដល់ខ្ញុំ ទៅលើការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលខ្ញុំបានធ្វើទៅឲ្យឪពុកឬម្តាយជាអ្នកអាណាព្យាបាលកូនដោយផ្ទាល់ទេ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសអះអាងក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃសក្ខីកម្មច្បាប់, ក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន, ថា ៖

1. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងទម្រង់នេះគឺសុទ្ធតែជាសេចក្តីពិត និងសេចក្តីត្រឹមត្រូវ។
2. សព្វថ្ងៃនេះ ខ្ញុំមិនបានស្នើសុំ ឬបានទទួលសេវាអនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រពីរដ្ឋណាផ្សេងក្រៅពីរដ្ឋនេះទេ។

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខា

សូមផ្ញើទម្រង់ដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់នេះត្រឡប់ទៅ ៖ **DIVISION OF CHILD SUPPORT**
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
 សេវា TTY/TDD មានប្រើការជូនអស់លោកអ្នកដែលមានពិការភាពខាងការនិយាយ ឬការស្តាប់
 សូមចូលទៅអានមើលព័ត៌មានលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ ៖ www.dshs.wa.gov/dcs

គ្មានជនណាម្នាក់, ដោយសារពូជសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, គោលជំនឿ, សាសនា, ភេទ, អាយុ, ឬពិការភាព, គប្បីត្រូវគេប្រកាន់រើសអើងនៅក្នុងការងារ, ក្នុងសេវា, ឬក្នុងទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពនានារបស់កម្មវិធីនេះឡើយ។ ទម្រង់នេះមានប្រើការជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗទៅតាមការស្នើសុំ។