



## 无监护权家长童赡养义务强制执行服务申请

### Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

请尽量完整回答每一个问题。请工整填写或以打字方式填写全部回答内容，但您的签名除外。仅可使用蓝色或黑色墨水笔。如果您不知道如何回答某个问题，请在指定栏内工整填写“UNK”（“不知道”）。如果您在回答任何一个问题时需要更多填写栏位，请另附纸页填写，并随附于此表格。儿童赡养处(DCS)将依据社会安全法案 Title IV-D 的规定，在提供儿童赡养义务强制执行服务过程中使用社会安全号码。

#### I. 您的个人情况

1. 完整姓名		姓	名	中间名	2. 出生日期	3. 性别	4. 社会安全号码
5. 曾用名							
6. 原属族裔	7. 身高	8. 体重		9. 头发颜色		10. 眼睛颜色	
11. 如果您希望收到其它语言版本的函件，而非英语，请列明您选择的语言：							
12. 出生地点：		城市	州			国家	
13. 您是否是某个印第安部落的成员？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若回答是，请问是哪个部落？							
14. 您是否在印地安人保留地内居住？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若回答是，请问是哪个印地安人保留地？							
15. 邮件地址：邮箱号码或街道名称与门牌号码				城市	州	邮政编码	
16. 住址：邮箱号码或街道名称与门牌号码 (若与邮件地址不同，则请填写)				城市	州	邮政编码	
17. 住宅电话号码 ( )		18. 留言电话/手机电话号码 ( )			19. 工作电话号码 ( )		
20. 母亲的完整姓名：		姓	名	中间名			
(即使已经去世，仍请列明)							
21. 母亲的婚前姓名：		姓	名	中间名			
22. 母亲的地址：邮箱号码或街道名称与门牌号码				城市	州	邮政编码	
23. 父亲的完整姓名：		姓	名	中间名			
(即使已经去世，仍请列明)							
24. 父亲的地址：		邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码		
25. 您是否是后备役军人？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此，请回答问题 26–28。 若非如此，请跳至问题 29。							
26. 服役兵种			27. <input type="checkbox"/> 后备役 <input type="checkbox"/> 国民警卫队			28. 驻地	
请列明有关您的亲属或朋友的以下情况，或者列明 DCS 可与您联系的地点。							
29. 姓名				30. 邮箱号码或街道名称与门牌号码：城市 州 邮政编码			
31. 电话号码				32. 与您的关系			
33. 姓名				34. 邮箱号码或街道名称与门牌号码：城市 州 邮政编码			
35. 电话号码				36. 与您的关系			

## II. 您的雇主和工会相关情况

为了便于 DCS 处理您的申请, 请随附您最近的三份工资单存根或者工资支付记录。

1. 您是否为自雇职业者? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请回答问题 2-4。若非如此, 请跳至问题 5。			
2. 公司名称		3. <input type="checkbox"/> 独资业主 <input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 合伙经营	
4. 公司地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码
5. 雇主姓名或名称		<input type="checkbox"/> 全年提供工作之雇主 <input type="checkbox"/> 季节工雇主	
6. 雇主地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码
7. 雇主电话号码	8. 您每周的工作天数	9. 您的工作小时数	
10. <input type="checkbox"/> 雇主是印第安部落成员 <input type="checkbox"/> 雇主的企业属于部落企业		<input type="checkbox"/> 雇主的企业属于印第安人拥有的企业, 而且位于印地安人保留地内 <input type="checkbox"/> 雇主与印第安部落无关	
11. 您是否属于某个工会? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请回答问题 12-14。若非如此, 请跳至第 III 部分。			
12. 工会名称			13. 当地电话号码
14. 工会地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码

## III. 您的健康保险情况

1. 您的雇主、工会或印第安人保健服务计划是否为您提供健康保险? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请回答问题 2-7。若非如此, 请跳至问题 8。			
2. 保险公司名称		3. 保单号码	4. 保险团体号码
5. 保险公司地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码
6. 保险类别:	<input type="checkbox"/> 仅限医疗保险 <input type="checkbox"/> 医疗与牙科保险 <input type="checkbox"/> 仅限牙科保险 <input type="checkbox"/> 其它 (请列明): _____	7. 生效日期	
8. 您是否还有任何其它健康保险? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请回答问题 9-14。若非如此, 请跳至问题 15。			
9. 其它保险公司的名称		10. 保单号码	11. 保险团体号码
12. 其它保险公司的地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码
13. 保险类别:	<input type="checkbox"/> 仅限医疗保险 <input type="checkbox"/> 医疗与牙科保险 <input type="checkbox"/> 仅限牙科保险 <input type="checkbox"/> 其它 (请列明): _____	14. 生效日期	
15. 您的健康保险是否为此个案涉及的任何儿童提供承保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请回答问题 16 和 17。若非如此, 请跳至第 IV 部分。			
16. 每一位儿童的月保险费 \$		17. 所有儿童的月保险费总金额 \$	

## IV. 您的财务情况

1. 每月总收入额工资收入或其它收入 \$	2. 每月净收入额工资收入或其它收入 \$	3. 领薪期: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其它 (请列明): _____	
4. 银行名称		5. 分行名称	
6. 银行地址:	邮箱号码或街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码

**IV. 您的财务情况 (续)**7. 您是否领取退休福利金?  否  是 若是如此, 请问从何处领取退休福利金?如果您领取退伍**军人**福利金, 请回答问题 8 和问题 9。若非如此, 请跳至问题 10。

8. 您退伍时的军衔

9. 服役兵种

10. 您是否领取雇员补偿福利金?  否  是  
若是如此, 请回答问题 11 和 12。若非如此, 请跳至问题 13。

11. 由谁支付此项福利金?

12. 索偿号码

13. 除了薪资或工资以外, 您是否还有其它收入?  否  是 若回答是, 请列明收入来源。14. 您是否拥有财产?  否  是 若是如此, 请回答问题 15 和 16。若非如此, 请跳至第 V 部分。

15. 财产所在地点

16. 财产类别 (不动产、船只、汽车等)

**V. 您的婚姻、父子关系及儿童赡养令相关情况**

父子关系宣誓书、法庭颁令、行政颁令以及儿童赡养协议书。

1. 您是否曾与您子女的另一方家长结婚?  否  是 若是如此, 请回答问题 2-4。若非如此, 请跳至问题 10。

2. 结婚日期

3. 结婚地点: 城市 县 州 国家

4. 您目前是否已经与您子女的另一方家长离婚?  否  是  
若是如此, 请回答问题 5 和 6。若非如此, 请跳至问题 7。

5. 离婚日期

6. 离婚地点: 城市 县 州或部落 国家

7. 您目前是否已经与您子女的另一方家长分居 (但未离婚)?  否  是  
若是如此, 请回答问题 8 和 9。若非如此, 请跳至问题 10。

8. 分居日期

9. 分居地点: 城市 县 州 国家 州或部落

10. 如果您从未与您子女的另一方家长结过婚, 州或部落法庭是否曾颁令要求提供您子女之父亲的姓名?  否  是  
若是如此, 请回答问题 11-13。若非如此, 请跳至问题 14。

11. 下达颁令的日期

12. 下达颁令的地点: 城市 县 州或部落 国家

13. 父亲的完整姓名: 姓 名 中间名

14. 您是否曾签署过父子关系宣誓书?  否  是 若是如此, 请回答问题 15-16。若非如此, 请跳至问题 17。

15. 签署日期

16. 提交备案的地点: 城市 县 州 国家

17. 与该名儿童有关的受孕发生地所在州或部落保留地之名称

18. 您是否还有其它的儿童医疗赡养令?  否  是 若是如此, 请回答问题 19-21。若非如此, 请跳至问题 22。

19. 赡养令下达的日期

20. 个案号码 (若知道则请填写)

21. 赡养令下达的地点: 州或部落 国家

22. 您是否支付配偶赡养费 (供养费)?  否  是 若是如此, 请回答问题 23 和 24。若非如此, 请跳至问题 25。

23. 支付日期

24. 收款人姓名



**VII. 另一方家长之雇主和工资的相关情况 (续)**

11. <input type="checkbox"/> 雇主是印第安部落成员 <input type="checkbox"/> 雇主的企业属于部落企业		<input type="checkbox"/> 雇主的企业属于印第安部落企业，而且位于印地安人保留地内 <input type="checkbox"/> 雇主与印第安部落无关	
12. 每月工资总额 \$	13. 每月净收入额 工资收入 \$	14. 领薪期： <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其它： _____	

**VIII. 此个案涉及之儿童的相关情况**

1. 请列出居住在另一方家长家中的所有子女（您必须按要求为其支付儿童赡养费，或者您希望为其确立儿童赡养义务）。

A. 完整姓名： 姓      名      中间名		B. 出生日期	C. 性别	D. 社会安全号码
E. 与您的关系	F. 出生地点：      县                      州			
G. 部落		H. 是否由您的健康保险计划提供承保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
A. 完整姓名： 姓      名      中间名		B. 出生日期	C. 性别	D. 社会安全号码
E. 与您的关系	F. 出生地点：      县                      州			
G. 部落		H. 是否由您的健康保险计划提供承保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
A. 完整姓名： 姓      名      中间名		B. 出生日期	C. 性别	D. 社会安全号码
E. 与您的关系	F. 出生地点：      县                      州		G. 是否包括在您的健康保险计划内？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
G. 部落		H. 是否由您的健康保险计划提供承保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
A. 完整姓名： 姓      名      中间名		B. 出生日期	C. 性别	D. 社会安全号码
E. 与您的关系	F. 出生地点：      县                      州			
G. 部落		H. 是否由您的健康保险计划提供承保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
A. 完整姓名： 姓      名      中间名		B. 出生日期	C. 性别	D. 社会安全号码
E. 与您的关系	F. 出生地点：      县                      州		G. 是否包括在您的健康保险计划内？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
G. 部落		H. 是否由您的健康保险计划提供承保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		

2. 是否有任何州（而非华盛顿州）或者部落曾经批准为上列儿童提供公共补助金？  否  是

若是如此，请回答问题 3 和 4。 若非如此，请跳至问题 5。

3. 批准时间（最近一次）	4. 批准地点（最近一次）：                      县                      州或部落
---------------	---

5. 在您必须按要求支付儿童赡养费期间，上述儿童是否曾在不止一个家庭居住过？  否  是

若是如此，请回答问题 6-11。 若非如此，请跳至第 IX 部分。

6. 该家庭之监护人姓名	7. 地点：      城市                      州	8. 在该家庭居住的天数
9. 该家庭之监护人姓名	10. 地点：      城市                      州	11. 在该家庭居住的天数

**IX. 您为此表格中列名之儿童所支付的儿童赡养费**

请列出最近 10 年内您为此个案所涉及儿童而支付的全部儿童赡养费付款。DCS 可能会请您提交证实这些支付款项的凭证。

年/月					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
总计					

年/月					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
总计					

### X. 确认声明

如果您想让 DCS 强制执行另一方家长的医疗费用支付义务，请按您的需求选择相应类别的医疗费用支付义务强制执行服务：

- 我想请 DCS 要求另一方家长为子女提供健康保险，或者按照赡养令中所述金额支付本人目前承担之医疗保险费中的一部份。
- 我想请 DCS 针对本人已为子女支付的非承保医疗费用（包括华盛顿州行政法规 388-14A-1020 中所定义的共付额、自付额及保险费），向另一方家长征收其应支付的这一费用比例份额。

本人请 DCS 提供儿童赡养义务强制执行服务。我了解，DCS 将设法征收不受时效法规禁止的儿童赡养费债务。我知道，提出这一请求将使我的儿童赡养令在华盛顿州府赡养登记处(WSSR)登记。我明白，华盛顿州府可用本人提供的情况来确定、执行或修改我的儿童赡养令。

我同意，若本人更改住址或更换雇主，或者发生其它会影响本人赡养费令支付金额的任何变化，我将通知 DCS。

我同意将全部赡养费付款都交给 DCS。我明白，DCS 将把此类付款作为已支付款项记入我的儿童赡养费支付义务账户，但仅限于本人支付给 WSSR、某个州法庭或儿童赡养服务机构或者部落法庭或儿童赡养服务机构之付款。我明白，如果我直接向有监护权家长支付赡养费，DCS 不会将此类付款作为已支付的赡养费付款而记入我的账户。

本人特此声明如下：其中若有不实之词，愿依照华盛顿州法律而接受伪证罪处罚：

1. 本人在此表格中提供的所有陈述均属实且正确。
2. 本人未向其它州申请或者获得儿童赡养义务强制执行服务。

日期

签名

请将填妥的表格交回给：

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520  
为听障或语障人士提供 TTY/TDD 专线服务。  
请浏览我们的网站：[www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面，以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由，而对任何人进行歧视。备有此表格的其它版本格式，可供索取。