

Заявка на принудительное взыскание для уплаты долга по алиментам родителем-опекуном

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

Дайте максимально полные ответы на каждый вопрос. За исключением своей подписи, заполните все ответы печатными буквами и пользуйтесь только синими или черными чернилами. Если вы не знаете ответа на вопрос, впишите в соответствующую графу «Не знаю» («UNK»). Если вам для ответов на вопросы требуется больше места, воспользуйтесь отдельным листом бумаги и прикрепите его к данному документу. Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) будет использовать номер социального обеспечения в целях обеспечения взыскания алиментов на содержание детей согласно положениям Раздела IV-D Закона о социальном обеспечении.

I. Ваши личные данные

1. ПОЛНОЕ ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО	2. ДАТА РОЖДЕНИЯ	3. ПОЛ	4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ ИМЕНА И ФАМИЛИИ						
6. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ	7. РОСТ	8. ВЕС	9. ЦВЕТ ВОЛОС	10. ЦВЕТ ГЛАЗ		
11. Если вы хотите получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:						
12. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД		ШТАТ		СТРАНА		
13. Является ли вы членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?						
14. Проживаете ли вы на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?						
15. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
16. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ (Если почтовый адрес отличается от указанного выше)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
17. ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()		18. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ()		19. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()		
20. ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ: (указать даже, если нет в живых)		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ		
21. ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ И ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ:		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ		
22. АДРЕС МАТЕРИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
23. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА: (указать даже, если нет в живых)		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО		
24. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ОТЦА: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
25. Являетесь ли вы военнослужащим запаса? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26–28. Если нет, перейдите к вопросу 29.						
26. РОД ВОЙСК		27. <input type="checkbox"/> РЕЗЕРВ <input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНАЯ ГВАРДИЯ		28. МЕСТО СЛУЖБЫ		
Укажите следующую информацию о ваших родственниках, друзьях либо местах, где Отдел по вопросам помощи детям (DCS) сможет с вами связаться:						
29. ИМЯ И ФАМИЛИЯ			30. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
31. НОМЕР ТЕЛЕФОНА			32. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ			
33. ИМЯ И ФАМИЛИЯ			34. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ:		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
35. НОМЕР ТЕЛЕФОНА			36. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ			

II. Информация о вашем месте работы и профсоюзе

Для помощи Отделу DCS в обработке вашей заявки, приложите копии своих трех последних платежных квитанций или расчетных карт.

1. Являетесь ли вы самозанятым лицом? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 2–4. Если нет, перейдите к вопросу 5.

2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ

3. ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ
 КОРПОРАЦИЯ ПАРТНЕРСТВО

4. АДРЕС КОМПАНИИ: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

5. МЕСТО РАБОТЫ

ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ
 СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ

6. АДРЕС КОМПАНИИ: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ

8. ВАШИ РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ

9. ЧАСЫ ВАШЕЙ РАБОТЫ;

10. РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПРИЯТИЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙЦАМ И РАСПОЛОЖЕННОЕ В РЕЗЕРВАЦИИ
 РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙСКОМУ ПЛЕМЕНИ ПРЕДПРИЯТИЕ РАБОТОДАТЕЛЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ

11. Являетесь ли вы членом профсоюзной организации? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 12 - 14. Если нет, перейдите к Разделу III.

12. НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА

13. МЕСТНЫЙ НОМЕР

14. АДРЕС КОМПАНИИ: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

III. Сведения о вашем медицинском страховании

1. Является ли медицинская страховка доступной для вас в рамках условий, предлагаемых вашим работодателем, профсоюзом или в рамках услуг медицинского обслуживания американских индейцев? Нет Да.
 Если да, ответьте на вопросы 2 - 7. Если нет, перейдите к вопросу 8.

2. НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

3. НОМЕР ПОЛИСА

4. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:

5. АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

6. ТИП ПОКРЫТИЯ: ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДРУГОЕ (СПИСОК): _____

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ

8. У вас уже есть какая-либо медицинская страховка? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 9 - 14. Если нет, перейдите к вопросу 15.

9. НАИМЕНОВАНИЕ ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

10. НОМЕР ПОЛИСА

11. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:

12. АДРЕС ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

13. ТИП ПОКРЫТИЯ: ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДРУГОЕ (СПИСОК): _____

14. СРОК ДЕЙСТВИЯ

15. Обеспечивает ли данная страховка покрытие для кого-либо из детей, указанных в данном деле? Нет Да.
 Если да, ответьте на вопросы 16 и 17. Если нет, перейдите к Разделу IV.

16. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ КАЖДОГО РЕБЕНКА

17. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ РЕБЕНКА

\$

\$

IV. Ваша финансовая информация

1. ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ ОБЩАЯ СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТКОВ

2. ЧИСТЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТОК ИЛИ ДОХОД

3. ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД: ЕЖЕНЕДЕЛЬНО РАЗ В ДВА МЕСЯЦА
 ЕЖЕМЕСЯЧНО ДРУГОЕ: _____

\$

\$

4. НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА

5. ФИЛИАЛ БАНКА

6. АДРЕС БАНКА: _____ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ _____ ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

IV. Ваша финансовая информация (продолжение)

7. Вы получаете пенсионные выплаты? Нет Да. Если да, укажите, из каких источников:

Если вы получаете военную пенсию, ответьте на вопросы 8 и 9. Если вы не получаете, перейдите к вопросу 10.

8. ВАШЕ ЗВАНИЕ В ЗАПАСЕ

9. РОД ВОЙСК

10. Имеете ли вы страховку от несчастных случаев на работе? Нет Да.

Если да, ответьте на вопросы 11 и 12. Если нет, перейдите к вопросу 13.

11. КТО ВЫПЛАЧИВАЕТ ПОСОБИЯ?

12. НОМЕР ИСКА

13. Получаете ли вы еще какой-либо доход помимо заработной платы? Нет Да. Если да, укажите источник.

14. Есть ли у вас имущество? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 15 и 16. Если нет, перейдите к Разделу V.

15. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ИМУЩЕСТВА

16. ВИД ИМУЩЕСТВА (НЕДВИЖИМОСТЬ, ЛОДКА, МАШИНА И Т.Д..)

V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка

Приложите копии всех официальных подтверждений вашего отцовства, судебные распоряжения, административные распоряжения, а также письменные соглашения о выплате алиментов на ребенка.

1. Состояли ли вы в браке с родителями ваших детей? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 10.

2. ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА

3. МЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

4. Вы в настоящее время состоите в разводе со вторым родителем вашего ребенка? Нет Да.

Если да, ответьте на вопросы 5 и 6. Если нет, перейдите к вопросу 7.

5. ДАТА РАЗВОДА

6. МЕСТО РАЗВОДА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

7. Вы в настоящее время проживаете отдельно (не состоите в разводе) со вторым родителем вашего ребенка? Нет Да.

Если да, ответьте на вопросы 8 и 9. Если нет, перейдите к вопросу 10.

8. ДАТА НАЧАЛА
РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ

9. МЕСТО НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

10. Если вы никогда не состояли в браке со вторым родителем вашего ребенка, требует ли суд штата или племени указывать имя отца ребенка? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 11 – 13. Если нет, перейдите к вопросу 14.

11. ДАТА ВЫНЕСЕНИЯ
РАСПОРЯЖЕНИЯ:

12. МЕСТО ВЫНЕСЕНИЯ РАСПОРЯЖЕНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

13. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА:

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ОТЧЕСТВО

14. Вы поставили подпись в Свидетельстве об отцовстве? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 15 – 16. Если нет, перейдите к вопросу 17.

15. ДАТА ПОДПИСИ

16. МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

17. НАЗВАНИЕ ШТАТА ИЛИ РЕЗЕРВАЦИИ ПЛЕМЕНИ, ГДЕ БЫЛИ ЗАЧАТЫ ДЕТИ

18. У вас есть какие-либо другие распоряжения о выплате алиментов? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 19 - 21. Если нет, перейдите к вопросу 22.

19. ДАТА ПРИНЯТИЯ
РЕШЕНИЯ

20. НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)

21. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

22. Выплачиваете ли вы пособие на содержание супруги (алименты)? Нет Да. Если да, ответьте на вопросы 23 и 24. Если нет, перейдите к вопросу 25.

23. ДАТА ВЫПЛАТЫ

24. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА (ЛИЦ), КОТОРЫЕ ПРОИЗВОДЯТ ВЫПЛАТЫ

V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка (продолжение)			
25. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26 и 27. Если нет, перейдите к вопросу 28.			
26. ДАТА ВЫПЛАТЫ		27. НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА	
28. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 29 и 30. Если нет, перейдите к вопросу 31.			
29. ДАТА ВЫПЛАТЫ		30. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ	
31. Опишите все устные и письменные соглашения, которые вы заключили со вторым родителем и которые могут влиять на размер пособия по содержанию ребенка.			
<hr/> <hr/> <hr/>			
VI. Личные данные второго родителя			
Данный раздел предназначен для информации о втором родителе ребенка, упомянутого в данной заявке.			
1. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		2. ДАТА РОЖДЕНИЯ	3. ПОЛ
4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ			
6. Если второй родитель предпочитает получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:			
7. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД		ШТАТ	СТРАНА
8. Является ли второй родитель членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?			
9. Проживает ли второй родитель на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?			
10. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
11. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ (Если почтовый адрес отличается от указанного выше)		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
12. НОМЕР ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()	13. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ()	14. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()	
VII. Информация о трудоустройстве и заработной плате второго родителя			
1. Является ли второй родитель самозанятым лицом? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 5.			
2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ		3. <input type="checkbox"/> ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ <input type="checkbox"/> КОРПОРАЦИЯ <input type="checkbox"/> ПАРТНЕРСТВО	
4. АДРЕС КОМПАНИИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
5. МЕСТО РАБОТЫ		6. <input type="checkbox"/> ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ <input type="checkbox"/> СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	
7. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
8. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	9. РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ	10. ЧАСЫ РАБОТЫ;	

VII. Информация о трудоустройстве и заработной плате второго родителя (продолжение)			
11.. <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПРИЯТИЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙЦАМ И РАСПОЛОЖЕННОЕ В РЕЗЕРВАЦИИ			
<input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙСКОМУ ПЛЕМЕНИ ПРЕДПРИЯТИЕ <input type="checkbox"/> РАБОТОДАТЕЛЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ			
12. ОБЩАЯ СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТКОВ \$	13. ЧИСТЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЗАРАБОТОК ИЛИ ДОХОД \$	14. ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД: <input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> РАЗ В ДВА МЕСЯЦА <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ: _____	
VIII. Сведения о родителях детей по данному делу			
1. Укажите всех детей, проживающих в семье второго родителя, которому вы обязаны или имеете намерение выплачивать пособие на их содержание.			
А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ	В. ПОЛ
Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ОКРУГ	ШТАТ
Ж. ПЛЕМЯ		3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНOM МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ	В. ПОЛ
Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ОКРУГ	ШТАТ
Ж. ПЛЕМЯ		3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНOM МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ	В. ПОЛ
Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ОКРУГ	ШТАТ
Ж. ПЛЕМЯ		3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНOM МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ	В. ПОЛ
Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ОКРУГ	ШТАТ
Ж. ПЛЕМЯ		3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНOM МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
А. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		Б. ДАТА РОЖДЕНИЯ	В. ПОЛ
Г. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
Д. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	Е. МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ОКРУГ	ШТАТ
Ж. ПЛЕМЯ		3. ПОКРЫВАЕТСЯ ВАШИМ ПЛАНOM МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
2. Предоставлялась ли указанным выше детям когда-либо государственная финансовая помощь от штата (отличного от штата Вашингтон) или племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 3 и 4. Если нет, перейдите к вопросу 5.			
3. КОГДА БЫЛА ПРЕДОСТАВЛЕНА (ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ)		4. МЕСТО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (МЕСТО ПОСЛЕДНЕГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ):	
		ОКРУГ	ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ
5. Проживали ли дети, которым вы выплачивали алименты на содержание, в более, чем одной семье? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 6 – 11. Если нет, перейдите к Разделу IX.			
6. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА В СЕМЬЕ		7. РАЗМЕЩЕНИЕ: ГОРОД	ШТАТ
		8. ДАТЫ В СЕМЬЕ	
9. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА В СЕМЬЕ		10. РАЗМЕЩЕНИЕ: ГОРОД	ШТАТ
		11. ДАТЫ В СЕМЬЕ	

IX. Пособие на содержание, выплачиваемое вами детям, указанным в данной форме

Укажите все ваши платежи на содержание ваших детей, указанных в данном деле, в течении последних десяти лет. Отдел DCS может попросить вас предоставить доказательства совершения данных платежей.

Год/месяц					
Январь					
Февраль					
Март					
Апрель					
Май					
Июнь					
Июль					
Август					
Сентябрь					
Октябрь					
Ноябрь					
Декабрь					
Итого					

Год/месяц					
Январь					
Февраль					
Март					
Апрель					
Май					
Июнь					
Июль					
Август					
Сентябрь					
Октябрь					
Ноябрь					
Декабрь					
Итого					

X. Удостоверение

Если вы хотите, чтоб Отдел DCS взыскал со второго родителя алименты для покрытия медицинских услуг, выберите меру взыскания:

- Я хочу, чтобы Отдел DCS потребовал от второго родителя обеспечить медицинское страховое покрытие для детей либо оплатить часть расходов по взносам, за которые я несу ответственность, в размере, указанном в распоряжении.
- Я хочу, чтобы отдел DCS взыскал со второго родителя долю непокрытых страховкой медицинских расходов (включая совместные платежи, франшизы и страховые взносы, согласно определению WAC 388-14A-1020), понесенных мной в интересах детей.

Я обращаюсь за полным набором услуг по обеспечению выплаты алиментов. Я понимаю, что Отдел DCS принимает меры, направленные на взыскание долга по алиментам на содержание ребёнка, не запрещенного законом об ограничениях срока давности. Я знаю, что данный запрос внесёт постановление о выплате пособий по содержанию моих детей в Реестр регистрации пособий штата Вашингтон (WSSR). Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть использована штатом Вашингтон для предъявления требования о взыскании, принудительного взыскания либо изменения размера алиментов на содержание моего ребенка.

Я даю согласие на предоставление DCS информации в случае перемены моего адреса либо места работы, а также информации, связанной с другими событиями в моей жизни, которые могут повлиять на размер моего детского пособия.

Я даю согласие на отправку всех платежей на адрес Отдела DCS. Я понимаю, что DCS засчитывает только те платежи, которые перечислены в WSSR, суд штата или отдел по вопросам помощи детям какого-либо штата, либо суд или отдел по вопросам помощи детям племени, или отдел по вопросам помощи детям в соответствии с моими обязательствами в рамках выплаты алиментов на содержание моего ребенка. Я понимаю, что отделом DCS не будет засчитан платеж, направленный непосредственно родителю-опекуну.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что:

1. Вся информация, изложенная в данной форме, является правдивой и корректной.
2. Я не получаю и не запрашиваю предоставления услуг по обеспечению контроля за получением пособий на содержание ребенка в другом штате.

ДАТА	ПОДПИСЬ
------	---------

Отправьте эту заполненную форму в: DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом/ слуховым аппаратом (TTY/TDD).
Посетите наш вебсайт по адресу: www.dshs.wa.gov/dcs

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.