

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)
ការបញ្ជូនជំនួយកុមារ
Child Support Referral

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|----------------------|---|------------------------|--|---------------------------|--|--|--|-------------------|--|------------------|---|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------|--|----------|--|
| ផ្នែកជំនួយកុមារ (DCS) នឹងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងការអនុវត្តជំនួយកុមារដូចបានកំណត់ក្នុងចំណងជើង IV-D នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម ។ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយរបស់កុមារ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ម្តាយរបស់កុមារ | | | | | ឪពុករបស់កុមារ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ឈ្មោះ (នាម/ឈ្មោះកណ្តាល/ត្រកូល) | | | | | ឈ្មោះ (នាម/ឈ្មោះកណ្តាល/ត្រកូល) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ | | | | | ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | | | | | P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ទីក្រុង | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | | ទីក្រុង | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | | | | | | | | | | | | | |
| លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ () | | លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារ () | | លេខទូរស័ព្ទដៃ () | | លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ () | | លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារ () | | លេខទូរស័ព្ទដៃ () | | | | | | | | | | | | | |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល | | | | | អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| លេខសន្តិសុខសង្គម | | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស) | | | | | ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ជាតិសាសន៍ | | កម្ពស់ | | ទម្ងន់ | | ពណ៌សក់ | | ពណ៌ភ្នែក | | ជាតិសាសន៍ | | កម្ពស់ | | ទម្ងន់ | | ពណ៌សក់ | | ពណ៌ភ្នែក | | | | | |
| ភាសាកំណើត (បើការឆ្លងឆ្លើយត្រូវការក្នុងភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស) | | | | | | | | | | ភាសាកំណើត (បើការឆ្លងឆ្លើយត្រូវការក្នុងភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស) | | | | | | | | | | | | | |
| សំខាន់សម្បែង (បើមាន) | | | | | សំខាន់សម្បែង (បើមាន) | | | | | សំខាន់សម្បែង (បើមាន) | | | | | សំខាន់សម្បែង (បើមាន) | | | | | | | | |
| រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | រស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌា? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | | | | |
| ឈ្មោះនិយោជកដែលបានស្គាល់ចុងក្រោយ | | | | | | | | | | ឈ្មោះនិយោជកដែលបានស្គាល់ចុងក្រោយ | | | | | | | | | | | | | |
| P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់និយោជក | | | | | | | | | | P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់និយោជក | | | | | | | | | | | | | |
| ទីក្រុងរបស់និយោជក | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | | ទីក្រុងរបស់និយោជក | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | | ទីក្រុងរបស់និយោជក | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | | ទីក្រុងរបស់និយោជក | | រដ្ឋ | | ហ្សឺបកូដ | |
| លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក () | | | | | តើនេះជាអាជីវកម្មរបស់អ្នកឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> UNK | | | | | លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក () | | | | | តើនេះជាអាជីវកម្មរបស់អ្នកឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> UNK | | | | | | | | |
| ឈ្មោះជិតខាងម្តាយ | | | | | ឈ្មោះជិតខាងម្តាយ | | | | | ឈ្មោះជិតខាងឪពុក | | | | | ឈ្មោះជិតខាងឪពុក | | | | | | | | |
| ទិល្បីនៃកុមារ | | | | | | | | | | ទិល្បីនៃកុមារ | | | | | | | | | | | | | |
| កុមារដែលមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយ ៖ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេង (សូមបញ្ជាក់) ៖ _____ | | | | | | | | | | កុមារដែលមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយ ៖ <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេង (សូមបញ្ជាក់) ៖ _____ | | | | | | | | | | | | | |
| តើឪពុក ឬម្តាយមិនបានទទួលសិទ្ធិចិញ្ចឹមគ្នាបំបែកសម្រាប់កុមារក្នុងរដ្ឋស៊ីនីនេនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | | | | | | តើឪពុក ឬម្តាយមិនបានទទួលសិទ្ធិចិញ្ចឹមគ្នាបំបែកសម្រាប់កុមារក្នុងរដ្ឋស៊ីនីនេនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | | | | | | | | | |
| បើ បាទ/ចាស ពេលណា? | | | | | | | | | | បើ បាទ/ចាស ពេលណា? | | | | | | | | | | | | | |
| តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយម្តាយ? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយម្តាយ? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | | | | |
| តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយឪពុក? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយឪពុក? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | | | | |
| តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយអាណាព្យាបាលដែលមិនមែនជាឪពុក ឬម្តាយ? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | តើរយៈពេលប៉ុន្មានភាគរយដែលកុមារមានឈ្មោះក្នុងទំព័រ 2 រស់នៅជាមួយអាណាព្យាបាលដែលមិនមែនជាឪពុក ឬម្តាយ? _____ ភាគរយ ។ | | | | | | | | | | | | | |
| បើកុមារមិនរស់នៅជាមួយម្តាយ ឬឪពុក បំពេញផ្នែកនេះ | | | | | | | | | | បើកុមារមិនរស់នៅជាមួយម្តាយ ឬឪពុក បំពេញផ្នែកនេះ | | | | | | | | | | | | | |
| ឈ្មោះរបស់អ្នក | | | | | P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នក | | | | | ឈ្មោះរបស់អ្នក | | | | | P.O. BOX ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នក | | | | | | | | |
| លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក | | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក | | | | | | | | ទីក្រុងរបស់អ្នក | | រដ្ឋរបស់អ្នក | | ហ្សឺបកូដរបស់អ្នក | | លេខទូរស័ព្ទផ្ទះរបស់អ្នក () | | លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសាររបស់អ្នក () | | លេខទូរស័ព្ទដៃរបស់អ្នក () | | | |
| ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយកុមារ | | | | | | | | | | ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយកុមារ | | | | | | | | | | | | | |
| សំខាន់សម្បែងរបស់អ្នក (បើមាន) | | | | | | | | | | តើអ្នករស់នៅក្នុងដីទុកសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌាមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | | | | | | | | | | | | | |

ព័ត៌មានអំពីកុមារដែលអ្នកចង់ផ្តល់ជំនួយកុមារ

សរសេរតែកុមារនៃឪពុកម្តាយដែលមានក្នុងទំព័រ 1 ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះអ្នកប៉ុណ្ណោះ ។ ប្រើសន្លឹកបន្តបើចាំបាច់ ។

| | | | |
|---|-----|------------------|---|
| ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល) | ភេទ | លេខសន្តិសុខសង្គម | តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស |
|---|-----|------------------|---|

| | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស) | សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន) |
|----------------------------------|---|-------------------------|

| | |
|--|--------------------------------|
| តើអ្នកមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ): |
|--|--------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ) |
|--|---|---|

| | | | |
|---|-----|------------------|---|
| ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល) | ភេទ | លេខសន្តិសុខសង្គម | តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស |
|---|-----|------------------|---|

| | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស) | សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន) |
|----------------------------------|---|-------------------------|

| | |
|--|--------------------------------|
| តើអ្នកមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ): |
|--|--------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ) |
|--|---|---|

| | | | |
|---|-----|------------------|---|
| ឈ្មោះកុមារ (នាម / ឈ្មោះកណ្តាល / ត្រកូល) | ភេទ | លេខសន្តិសុខសង្គម | តើឪពុកបានចុះហត្ថលេខាលើការទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស |
|---|-----|------------------|---|

| | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/មណ្ឌល/រដ្ឋ/ប្រទេស) | សាខាកុលសម្ព័ន្ធ (បើមាន) |
|----------------------------------|---|-------------------------|

| | |
|--|--------------------------------|
| តើអ្នកមានផ្ទៃពោះកូននេះក្នុងរដូវវាស៊ីនតោនមែនទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើទេ អញ្ជឹងនៅឯណា (មណ្ឌល/រដ្ឋ): |
|--|--------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| តើមានដីកាជំនួយសម្រាប់កូននេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃដីកា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | បើបាទ/ចាស កន្លែងដែលដីកាបានបញ្ជូល (មណ្ឌល/រដ្ឋ/កុលសម្ព័ន្ធ) |
|--|---|---|

ព័ត៌មានពីការរៀបការសម្រាប់ឪពុកម្តាយកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| កាលបរិច្ឆេទរៀបការ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងរៀបការ (មណ្ឌល/រដ្ឋ) |
|-----------------------------------|-----------------------------|

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| កាលបរិច្ឆេទលែងលះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងលែងលះ (មណ្ឌល/រដ្ឋ) |
|----------------------------------|----------------------------|

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| កាលបរិច្ឆេទបែកគ្នា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) | ទីកន្លែងបែកគ្នា (មណ្ឌល/រដ្ឋ) |
|------------------------------------|------------------------------|

ដីការារាំង / ការប្រយោជន៍សុវត្ថិភាព

តើមានដីការារាំង / ការពារកំពុងអនុវត្ត ឬតើអ្នកមានការប្រយោជន៍សុវត្ថិភាពសម្រាប់អ្នក ឬកូនអ្នកទេ? ទេ បាទ/ចាស

ព័ត៌មានពីជំនួយសាធារណៈ និងការទូទាត់ជំនួយ

តើអ្នក ឬកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈពីរដ្ឋ ឬកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិណាដែរទេ? ទេ បាទ/ចាស

| | |
|--|--|
| បើបាទ/ចាស នៅឯណា (មណ្ឌល / រដ្ឋ / កុលសម្ព័ន្ធ) | បើបាទ/ចាស ពេលណា (ប៉ុន្មានខែ / ប៉ុន្មានឆ្នាំ) |
|--|--|

បើអ្នកបានទទួលជំនួយកុមារពីឪពុក ឬម្តាយមិនបានទទួលសន្លឹកចុះបញ្ជី បំពេញការប្រកាសនៃការទូទាត់ជំនួយ និងបញ្ជូនវាត្រឡប់មក DCS ។ ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរាល់ដីកាជំនួយទាំងអស់ ។

ការប្រកាស

ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់ DCS ភ្លាមៗ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃព័ត៌មានថ្មី ឬបានផ្លាស់ប្តូរដែលទាក់ទងនឹងការប្រមូលជំនួយពីឪពុក ឬម្តាយដែលទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការបង់ជំនួយ ។
ខ្ញុំបញ្ជាក់ ឬអះអាងក្រោមទណ្ឌកម្មនៃការបំពានសម្បទ ក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋវាស៊ីនតោន ដែលលើកលែងតែព័ត៌មាន និងត្រឹមត្រូវ ។

ចុះហត្ថលេខានៅ _____ , រដ្ឋវាស៊ីនតោន ។

| | |
|----------|-------------|
| ហត្ថលេខា | កាលបរិច្ឆេទ |
|----------|-------------|

មិនមាននរណាដោយសារជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ជំនឿ សាសនា ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ត្រូវបានរើសអើងក្នុងការងារ សេវាកម្ម ឬទិដ្ឋភាពផ្សេងៗនៃសកម្មភាពរបស់កម្មវិធី ។ បែបបទនេះមានក្នុងទម្រង់ផ្សេងបើមានការស្នើសុំ ។