

**Обращение по поводу взыскания алиментов**  
**Child Support Referral**

Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) будет использовать ваши личные данные и номер социального обеспечения для целей обеспечения взыскания алиментов на содержание детей согласно положениям Раздела IV-D Закона о социальном обеспечении.

**Сведения о родителях детей**

Мать детей					Отец детей				
ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ / ОТЧЕСТВО / ФАМИЛИЯ)					ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ / ОТЧЕСТВО / ФАМИЛИЯ)				
ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ					ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ				
А/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ					А/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ				
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ( )	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ( )		ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ( )	МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ( )			
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ					АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ				
НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)			НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД / ОКРУГ / ШТАТ / СТРАНА)					МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД / ОКРУГ / ШТАТ / СТРАНА)				
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	РОСТ	ВЕС	ЦВЕТ ВОЛОС	ЦВЕТ ГЛАЗ	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	РОСТ	ВЕС	ЦВЕТ ВОЛОС	ЦВЕТ ГЛАЗ
РОДНОЙ ЯЗЫК (ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ВЕСТИ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НА ЯЗЫКЕ, ОТЛИЧНОМ ОТ АНГЛИЙСКОГО)					РОДНОЙ ЯЗЫК (ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ВЕСТИ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НА ЯЗЫКЕ, ОТЛИЧНОМ ОТ АНГЛИЙСКОГО)				
ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		ПРОЖИВАЕТ НА ТЕРРИТОРИИ ИНДЕЙСКОЙ РЕЗЕРВАЦИИ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА			ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		ПРОЖИВАЕТ НА ТЕРРИТОРИИ ИНДЕЙСКОЙ РЕЗЕРВАЦИИ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА		
НАИМЕНОВАНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ИЗВЕСТНОГО РАБОТОДАТЕЛЯ					НАИМЕНОВАНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ИЗВЕСТНОГО РАБОТОДАТЕЛЯ				
А/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ РАБОТОДАТЕЛЯ					А/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ РАБОТОДАТЕЛЯ				
ГОРОД РАБОТОДАТЕЛЯ		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ГОРОД РАБОТОДАТЕЛЯ		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ ( )		ЭТО ПРЕДПРИЯТИЕ ПЛЕМЕНИ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВ			ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ ( )		ЭТО ПРЕДПРИЯТИЕ ПЛЕМЕНИ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВ		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТЦА МАТЕРИ		ИМЯ И ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ МАТЕРИ МАТЕРИ			ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТЦА ОТЦА		ИМЯ И ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ МАТЕРИ ОТЦА		

**Места проживания детей**

Дети, указанные на стр. 2, проживают с:  матерью  отцом  другим лицом (указать): \_\_\_\_\_

Родитель, проживающий отдельно от детей, когда-либо проживал вместе с детьми либо выплачивал алименты на их содержание в штате Вашингтон?  Нет  Да Если да, когда? \_\_\_\_\_

Сколько времени, в процентном выражении, дети, указанные на странице 2, проживают с матерью? \_\_\_\_\_ процентов.

Сколько времени, в процентном выражении, дети, указанные на странице 2, проживают с отцом? \_\_\_\_\_ процентов.

Сколько времени, в процентном выражении, дети, указанные на странице 2, проживают с опекуном, не являющимся родителем? \_\_\_\_\_ процентов.

**Если дети не проживают ни с матерью, ни с отцом, заполните этот раздел**

ВАШИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ		ВАШ А/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ		
ВАШ НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ВАША ДАТА РОЖДЕНИЯ	ВАШ ГОРОД	ВАШ ШТАТ	ВАШ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
КЕМ ВЫ ПРИХОДИТЕСЬ ДЕТЯМ		ВАШ ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	ВАШ ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ( )	ВАШ МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ( )
ВАША ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ НА ТЕРРИТОРИИ ИНДЕЙСКОЙ РЕЗЕРВАЦИИ? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		

**Сведения о детях, для которых вы желаете уплаты алиментов**

Укажите только детей родителей, указанных на странице 1, которые **проживают вместе с вами**. При необходимости воспользуйтесь **дополнительной страницей**.

ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ / ОТЧЕСТВО / ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОДПИСАЛ ЛИ ОТЕЦ СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБ ОТЦОВСТВЕ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА
ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД / ОКРУГ / ШТАТ / СТРАНА)		ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
БЕРЕМЕННОСТЬ ЭТИМ РЕБЕНКОМ НАСТУПИЛА У МАТЕРИ НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА			ЕСЛИ НЕТ, ТО ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?	
ЕСТЬ ЛИ РАСПОРЯЖЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭТОГО РЕБЕНКА? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА		ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ДАТУ РАСПОРЯЖЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		ЕСЛИ ДА, МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ РАСПОРЯЖЕНИЯ (ОКРУГ / ШТАТ / ПЛЕМЯ)
ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ / ОТЧЕСТВО / ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОДПИСАЛ ЛИ ОТЕЦ СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБ ОТЦОВСТВЕ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА
ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД / ОКРУГ / ШТАТ / СТРАНА)		ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
БЕРЕМЕННОСТЬ ЭТИМ РЕБЕНКОМ НАСТУПИЛА У МАТЕРИ НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА			ЕСЛИ НЕТ, ТО ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?	
ЕСТЬ ЛИ РАСПОРЯЖЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭТОГО РЕБЕНКА? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА		ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ДАТУ РАСПОРЯЖЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		ЕСЛИ ДА, МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ РАСПОРЯЖЕНИЯ (ОКРУГ / ШТАТ / ПЛЕМЯ)
ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ / ОТЧЕСТВО / ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОДПИСАЛ ЛИ ОТЕЦ СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБ ОТЦОВСТВЕ? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА
ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД / ОКРУГ / ШТАТ / СТРАНА)		ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
БЕРЕМЕННОСТЬ ЭТИМ РЕБЕНКОМ НАСТУПИЛА У МАТЕРИ НА ТЕРРИТОРИИ ШТАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА			ЕСЛИ НЕТ, ТО ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?	
ЕСТЬ ЛИ РАСПОРЯЖЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭТОГО РЕБЕНКА? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА		ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ДАТУ РАСПОРЯЖЕНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)		ЕСЛИ ДА, МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ РАСПОРЯЖЕНИЯ (ОКРУГ / ШТАТ / ПЛЕМЯ)

**Сведения о браке родителей вышеуказанных детей**

ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)	МЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА (ОКРУГ / ШТАТ)
ДАТА РАСТОРЖЕНИЯ БРАКА (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)	МЕСТО РАСТОРЖЕНИЯ БРАКА (ОКРУГ / ШТАТ)
ДАТА НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ (МЕСЯЦ / ЧИСЛО / ГОД)	МЕСТО НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ (ОКРУГ / ШТАТ)

**Ограничивающие распоряжения / вопросы безопасности**

Выносились ли ограничивающие / охранные распоряжения, либо вы обеспокоены вопросом безопасности детей?  НЕТ  ДА

**Сведения о получении государственных пособий и о выплате алиментов**

Получали ли вы или вышеуказанные дети когда-либо государственные пособия от штата или индейского племени? <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДА	
ЕСЛИ ДА, ГДЕ (ОКРУГ(-А) / ШТАТ(Ы) / ПЛЕМЯ(-ЕНА))	ЕСЛИ ДА, КОГДА (МЕСЯЦЫ / ГОДЫ)

Если вы получали алименты от родителя, проживающего отдельно от детей, заполните **Декларацию о выплате алиментов (Declaration of Support Payments)** и верните ее в отдел DCS. **Приложите копии всех постановлений о выплате алиментов.**

**Декларация**

Я соглашаюсь немедленно уведомлять Отдел по вопросам помощи детям (DCS) в письменном виде обо всех новых сведениях или изменениях, касающихся взыскания алиментов на содержание детей с родителя, обязанного их выплачивать.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенное является правдивым и точным.

Подписан \_\_\_\_\_, штат Вашингтон.

ПОДПИСЬ	ДАТА
---------	------

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.