Washington State Department of Social & Health Services

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

UPUTNICA ZA ALIMENTACIJU

CHILD SUPPORT REFERRAL

Odjel za alimentacije (DCS) će koristiti Vaše lične podatke i socijalni broj u svrhu prinudne naplate alimentacije, kako je definisano u Naslovu IV-D Zakona o socijalnom osiguranju.

A. PODACI O RODITELJIMA

MAJKA DJECE					OTAC DJECE				
Ime (ime/srednje ime /prezime):					Ime (ime/srednje ime /prezime):				
Druga imena, ako ih je imala:					Druga imena, ako ih je imao:				
P.O. Box ili kućna adresa:					P.O. Box ili kućna adresa:				
Grad:	Država	Poštanski broj:			Grad:	Država	Poštanski broj:		
Kućni broj telefona: ( )	Broj na koji se može ostaviti poruka: ( )	Mobilni telefon: ( )			Kućni broj telefona: ( )	Broj na koji se može ostaviti poruka: ( )	Mobilni telefon: ( )		
E-mail adresa:					E-mail adresa:				
Socijalni broj:	Datum rođenja (mjesec/dan/godina):				Socijalni broj:	Datum rođenja (mjesec/dan/godina):			
Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):					Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):				
Rasa:	Visina:	Težina:	Boja kose:	Boja očiju:	Rasa:	Visina:	Težina:	Boja kose:	Boja očiju:
Maternji jezik (ako je korespondencija potrebna na jeziku koji nije engleski):					Maternji jezik (ako je korespondencija potrebna na jeziku koji nije engleski):				
Ako je učlanjena u indijansko pleme, ime plemena:	Da li živi u indijanskom rezervatu? ☐ Ne ☐ Da				Ako je učlanjen u indijansko pleme, ime plemena:	Da li živi u indijanskom rezervatu? ☐ Ne ☐ Da			
Ime zadnjeg poslodavca, za kojeg se zna:					Ime zadnjeg poslodavca, za kojeg se zna:				
P.O. Box ili adresa poslodavca:					P.O. Box ili adresa poslodavca:				
Grad poslodavca:	Država:	Poštanski broj:			Grad poslodavca:	Država:	Poštanski broj:		
Broj telefona poslodavca: ( )					Broj telefona poslodavca: ( )				
Ime majčinog oca:	Djevojačko ime majčine majke:				Ime očevog oca:	Djevojačko ime očeve majke:			

B. DJETETOVO MJESTO PREBIVALIŠTA

Djeca navedena na stranici 2 žive sa: ☐ Majkom ☐ Ocem ☐ Drugim (navesti s kim): _____

Da li je roditelj koji nema starateljstvo ikad živio ili obezbjeđivao izdržavanje za djecu u državi Washington? ☐ Ne ☐ Da
If yes, when?

C. AKO DJECA NE ŽIVE SA MAJKOM ILI OCEM, POPUNITE OVAJ DIO

Vaše ime:		Vaš P.O. Box ili kućna adresa:		
Vaš socijalni broj:	Datum rođenja:	Mjesto stanovanja:	Država:	Poštanski broj:
Vaše srodstvo sa djetetom:		Kućni broj telefona: ( )	Broj na koji se može ostaviti poruka: ( )	Mobilni telefon: ( )
Ako je učlanjena u indijansko pleme, ime plemena:	Da li živi u indijanskom rezervatu? ☐ Ne ☐ Da			

D. PODACI O DJECI ZA KOJU ŽELITE ALIMENTACIJU

Navedite samo djecu od roditelja navedenih na stranici 1 koja <u>žive u Vašem domu</u>. Koristite dodatni list po potrebi.

Ime djeteta (ime/srednje ime/prezime):	Pol:	Socijalni broj	Da li je otac potpisao izjavu o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec/dan/godina):	Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):	Ako je učlanjeno u indijansko pleme, ime plemena:	
Da li je majka zanijela ovo dijete u državi Washington? ☐ Ne ☐ Da	Ako ne, onda gdje (okrug/država):		
Da li postoji odredba o alimentaciji za ovo dijete? ☐ Ne ☐ Da	Ako da, datum odredbe (mjesec/dan/godina):	Ako da, mjesto gdje je odredba donesena (okrug/država/pleme):	

Ime djeteta (ime/srednje ime/prezime):	Pol:	Socijalni broj	Da li je otac potpisao izjavu o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec/dan/godina):	Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):		
Da li je majka zanijela ovo dijete u državi Washington? ☐ Ne ☐ Da	Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):	Ako je učlanjeno u indijansko pleme, ime plemena:	
Da li postoji odredba o alimentaciji za ovo dijete? ☐ Ne ☐ Da	Ako da, datum odredbe (mjesec/dan/godina):	Ako da, mjesto gdje je odredba donesena (okrug/država/pleme):	

Ime djeteta (ime/srednje ime/prezime):	Pol:	Socijalni broj	Da li je otac potpisao izjavu o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec/dan/godina):	Mjesto rođenja (grad/okrug/država/zemlja):	Ako je učlanjeno u indijansko pleme, ime plemena:	
Da li je majka zanijela ovo dijete u državi Washington? ☐ Ne ☐ Da	Ako ne, onda gdje (okrug/država):		
Da li postoji odredba o alimentaciji za ovo dijete? ☐ Ne ☐ Da	Ako da, datum odredbe (mjesec/dan/godina):	Ako da, mjesto gdje je odredba donesena (okrug/država/pleme):	

E. BRAČNI PODACI O RODITELJIMA GORE NAVEDENE DJECE

Datum vjenčanja(mjesec/dan/godina):	Mjesto vjenčanja (okrug/država):
Datum razvoda (mjesec/dan/godina):	Mjesto razvoda (okrug/država):
Datum razdvajanja (mjesec/dan/godina):	Mjesto razdvajanja (okrug/država):

F. PODACI O SOCIJALNOJ POMOĆI I ALIMENTACIJI ZA DJECU

Da li ste Vi ili djeca gore navedena ikad primali socijalnu pomoć od države ili indijanskog plemena? ☐ Ne ☐ Da

Ako da, gdje (okruzi/države/plemena):	Ako da, kada (mjeseci/godine):

Ako postoji odredba(e) o alimentaciji za gore navedenu djecu, koliko Vam je **ukupno** alimentacije platio roditelj koji nema starateljstvo **(nemojte uračunati alimentaciju koju duguje državi ili indijanskom plemenu)**? $ _____.

Datumi primanja alimentacije: (početak) _____ (kraj) _____. **Priložite kopije svih odredbi za alimentaciju.**

G. IZJAVA

Slažem se da obavijestim DCS odmah, napismeno, o svim novim ili promijenjenim podacima koji se tiču naplate alimentacije od roditelja odgovornog za plaćanje.

Potvrđujem ili izjavljujem, svjestan/na kazne za lažno svjedočenje, po zakonima države Washington, da je izjavljeno tačno i istinito.

Potpisano u: _____, Washington.

Potpis:	Datum:

Ni jedna osoba ne smije biti diskriminirana na osnovu rase, boje, nacionalnog porijekla, vjeroispovjesti, religije, pola, starosti, ili invalidnosti, a u vezi sa zaposlenjem, uslugama, ili bilo kojim aspektom aktivnosti ovog programa. Ovaj formular je na zahtjev dostupan u alternativnim formatima.