

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



إحالة دعم طفل

Child Support Referral

سيستخدم قسم دعم الطفل (DCS) معلوماتك الشخصية ورقم الضمان الاجتماعي لأغراض تنفيذ دعم الطفل على النحو المحدد في المادة 4-د من قانون الضمان الاجتماعي.											
<b>معلومات حول آباء الأطفال وأمهاتهم</b>											
<b>أبو الأطفال</b>					<b>أم الأطفال</b>						
الاسم (الأول / الأوسط / الأخير)					الاسم (الأول / الأوسط / الأخير)						
الاسماء الأخرى المستخدمة					الاسماء الأخرى المستخدمة						
صندوق البريد أو عنوان الشارع					صندوق البريد أو عنوان الشارع						
الرمز البريدي		الولاية		المدينة		الرمز البريدي		الولاية		المدينة	
هاتف المنزل		هاتف الرسائل		هاتف الخلي		هاتف المنزل		هاتف الرسائل		هاتف الخلي	
( )		( )		( )		( )		( )		( )	
عنوان البريد الإلكتروني					عنوان البريد الإلكتروني						
رقم الضمان الاجتماعي					رقم الضمان الاجتماعي						
تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)					تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)						
محل الميلاد (المدينة / المقاطعة / الولاية / الدولة)					محل الميلاد (المدينة / المقاطعة / الولاية / الدولة)						
العرق		الطول		الوزن		لون الشعر		لون العين		العرق	
لون العين		لون الشعر		الوزن		الطول		العرق		لون العين	
اللغة الأم (إذا لزم الأمر مراسلات بلغة أخرى غير الإنجليزية)					اللغة الأم (إذا لزم الأمر مراسلات بلغة أخرى غير الإنجليزية)						
الانتماء القبلي (إن وُجد)					الانتماء القبلي (إن وُجد)						
هل تعيش في محمية للهنود؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>					هل تعيش في محمية للهنود؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>						
اسم آخر صاحب عمل معروف					اسم آخر صاحب عمل معروف						
صندوق بريد أو عنوان شارع صاحب العمل					صندوق بريد أو عنوان شارع صاحب العمل						
الرمز البريدي		الولاية		مدينة صاحب العمل		الرمز البريدي		الولاية		مدينة صاحب العمل	
هل هذا عمل قبلي؟		رقم هاتف صاحب العمل		هل هذا عمل قبلي؟		رقم هاتف صاحب العمل		هل هذا عمل قبلي؟		رقم هاتف صاحب العمل	
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		( )		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		( )		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		( )	
اسم والد الأب					اسم والد الأم قبل زواجها						
اسم والد الأب قبل زواجها					اسم والد الأم قبل زواجها						
<b>محل إقامة الأطفال</b>											
يعيش الأطفال المذكورون في الصفحة 2 مع: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد): _____											
هل سبق أن عاش الوالد غير الوصي للأطفال أو قدم دعماً لهم في ولاية واشنطن؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>											
في حالة الإجابة بنعم، فمتى كان ذلك؟ _____											
ما هي النسبة المئوية للوقت الذي قضاه الأطفال المذكورون في الصفحة 2 مع أمهم؟ _____ في المائة.											
ما هي النسبة المئوية للوقت الذي قضاه الأطفال المذكورون في الصفحة 2 مع أبيهم؟ _____ في المائة.											
ما هي النسبة المئوية للوقت الذي قضاه الأطفال المذكورون في الصفحة 2 مع ولي أمرهم من غير والديهم؟ _____ في المائة.											
<b>إذا كان الأطفال لا يعيشون مع أمهم أو أبيهم، فأكمل الجزء التالي</b>											
اسمك					اسمك						
صندوق بريدك أو عنوان شارعك					صندوق بريدك أو عنوان شارعك						
رقم ضمايك الاجتماعي		تاريخ ميلادك		مدينتك		ولايةك		رمزك البريدي		رقم ضمايك الاجتماعي	
علاقتك بالأطفال		هاتف منزلك		هاتفك الخاص بالرسائل		هاتفك الخلي		علاقتك بالأطفال		هاتف منزلك	
( )		( )		( )		( )		( )		( )	
الانتماء القبلي (إن وُجد)					الانتماء القبلي (إن وُجد)						
هل تعيش في محمية للهنود؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>					هل تعيش في محمية للهنود؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>						

معلومات حول الأطفال الذين تريد دعم الطفل لهم

أذكر أطفال الآباء المذكورين في الصفحة 1 فقط الذين يعيشون في منزلك. استخدم ورقة إكمال إذا لزم الأمر.

اسم الطفل (الأول / الأوسط / الأخير)	النوع	رقم الضمان الاجتماعي	هل وقع الأب على إقرار أبوه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	محل الميلاد (المدينة / المقاطعة / الولاية / الدولة)	الانتماء القبلي (إن وُجد)	
هل حملت الأم بهذا الطفل في ولاية واشنطن؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذا لم تكن، فإين حملت به (المقاطعة/الولاية):	
هل هناك طلب دعم لهذا الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الطلب (الشهر / اليوم / السنة)	في حالة الإجابة بنعم، فاذكر مكان تقديم الطلب (المقاطعة / الولاية / القبيلة)
اسم الطفل (الأول / الأوسط / الأخير)	النوع	رقم الضمان الاجتماعي	هل وقع الأب على إقرار أبوه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	محل الميلاد (المدينة / المقاطعة / الولاية / الدولة)	الانتماء القبلي (إن وُجد)	
هل حملت الأم بهذا الطفل في ولاية واشنطن؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذا لم تكن، فإين حملت به (المقاطعة/الولاية):	
هل هناك طلب دعم لهذا الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الطلب (الشهر / اليوم / السنة)	في حالة الإجابة بنعم، فاذكر مكان تقديم الطلب (المقاطعة / الولاية / القبيلة)
اسم الطفل (الأول / الأوسط / الأخير)	النوع	رقم الضمان الاجتماعي	هل وقع الأب على إقرار أبوه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	محل الميلاد (المدينة / المقاطعة / الولاية / الدولة)	الانتماء القبلي (إن وُجد)	
هل حملت الأم بهذا الطفل في ولاية واشنطن؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إذا لم تكن، فإين حملت به (المقاطعة/الولاية):	
هل هناك طلب دعم لهذا الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		في حالة الإجابة بنعم، فاذكر تاريخ الطلب (الشهر / اليوم / السنة)	في حالة الإجابة بنعم، فاذكر مكان تقديم الطلب (المقاطعة / الولاية / القبيلة)

معلومات زواج آباء الأطفال المذكورين أعلاه

تاريخ الزواج (الشهر / اليوم / السنة)	مكان الزواج (المقاطعة / الولاية)
تاريخ الطلاق (الشهر / اليوم / السنة)	مكان الطلاق (المقاطعة / الولاية)
تاريخ الانفصال (الشهر / اليوم / السنة)	مكان الانفصال (المقاطعة / الولاية)

أوامر المنع / المخاوف المتعلقة بالسلامة

هل هناك أي أوامر منع / حماية مُنفذة أو هل لديك مخاوف متعلقة بسلامتك أو سلامة أطفالك؟  لا  نعم

معلومات دفع الدعم والمساعدة العامة

هل سبق لك أو للأطفال المذكورين أعلاه تلقي مساعدة عامة من ولاية أو قبيلة هندية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	في حالة الإجابة بنعم، فإين (المقاطعات / الولايات / القبائل)
في حالة الإجابة بنعم، فمتى (الشهر / السنة)	في حالة الإجابة بنعم، فمتى (الشهر / السنة)

إذا تلقيت دعم طفل من والد غير وصي، فأكمل إقرار دفعات الدعم وأعدّه إلى DCS. أرفق نسخ من جميع أوامر الدعم.

إقرار

أوافق على إخبار قسم دعم الطفل (DCS) مباشرةً بأي معلومات جديدة أو متغيرة تتعلق بتحصيل الدعم من الوالد المسؤول عن تقديمه. أقر أو أصرح تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات السابقة صحيحة ودقيقة.

تم التوقيع في \_\_\_\_\_ ، واشنطن.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة أو الدين أو الجنس أو السن أو الإعاقة في الوظائف أو الخدمات أو أي جانب من جوانب أنشطة البرنامج. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة عند الطلب.