

طلب تنفيذ رعاية طفل ولي الأمر غير الوصي

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

يرجى الإجابة عن كل سؤال بصورة كاملة بقدر الإمكان. وباستثناء التوقيع الخاص بك، اطبع كل الإجابات بالحبر الأزرق أو الأسود فقط. إذا كنت لا تعرف الإجابة، فاطبع كلمة "لا أعرف" في الفراغ المخصص لذلك. أما إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للإجابة عن أي سؤال، فاستخدم ورقة منفصلة ثم أرفقها بهذا النموذج. كما سيستخدم قسم دعم الطفل (DCS) أرقام الضمان الاجتماعي لأغراض تنفيذ رعاية الطفل على النحو المحدد في الباب الرابع - د من قانون الضمان الاجتماعي.				
أ. معلوماتك الشخصية				
1. الاسم بالكامل	الأخير	الأول	الأوسط	2. تاريخ الميلاد
3. الجنس	4. رقم الضمان الاجتماعي			
5. أسماء أخرى تستخدمها				
6. الأصل العرقي	7. الطول	8. الوزن	9. لون الشعر	10. لون العينين
11. إذا كنت بحاجة إلى تلقي المراسلات بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فأدرج هذه اللغة:				
12. محل الميلاد: مدينة		ولاية		بلد
13. هل أنت عضو في قبيلة هندية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أي قبيلة؟				
14. هل تعيش في محمية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أي محمية؟				
15. عنوان البريد: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
16. عنوان السكن: رقم الصندوق أو الشارع (إذا كان مختلفًا عن العنوان البريدي)		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
17. رقم هاتف المنزل ()		18. رسالة / رقم الهاتف الجوال ()		19. رقم هاتف العمل ()
20. اسم الأم بالكامل: (أدرجه حتى ولو كانت متوفيه)		الأخير	الأول	الأوسط
21. اسم الأم قبل الزواج:		الأخير	الأول	الأوسط
22. عنوان الأم: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
23. اسم الأب بالكامل: (أدرجه حتى ولو كانت متوفيه)		الأخير	الأول	الأوسط
24. عنوان الأب: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
25. هل أنت عضو في قوات الاحتياط العسكرية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.				
26. فرع الخدمة		27. <input type="checkbox"/> المحميات <input type="checkbox"/> الحرس الوطني		28. التكنة العسكرية
اذكر المعلومات التالية للأقارب أو الأصدقاء أو الأماكن التي يمكن لـ DCS الاتصال بك:				
29. الاسم		30. رقم الصندوق أو رقم الشارع: المدينة		
31. رقم الهاتف		32. علاقته بك		
33. الاسم		34. رقم الصندوق أو رقم الشارع: المدينة		
35. رقم الهاتف		36. علاقته بك		

II. معلومات التوظيف والنقابة الخاصة بك

للمساعدة في معالجة طلبك، يرجى إرفاق نُسخ من آخر ثلاثة إيصالات دفع أو سجلات الدفع.

1. هل تعمل لحسابك الخاص؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.		
2. اسم الشركة	3. <input type="checkbox"/> المالك الوحيد <input type="checkbox"/> مؤسسة <input type="checkbox"/> شراكة	
4. عنوان الشركة: رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	
5. اسم صاحب العمل	<input type="checkbox"/> صاحب العمل طول العام <input type="checkbox"/> صاحب العمل الموسمي	
6. عنوان صاحب العمل: رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	
7. رقم هاتف صاحب العمل	8. أيام الأسبوع التي تعمل فيها	9. ساعات العمل الخاصة بك
10. <input type="checkbox"/> صاحب العمل من قبيلة هندية <input type="checkbox"/> صاحب العمل عبارة عن شركة يملكها هندي تقع في إحدى المحميات <input type="checkbox"/> صاحب العمل هو شركة يملكها رجل قبلي <input type="checkbox"/> صاحب العمل ليس له علاقة بالقبيلة الهندية		
11. هل تنتمي إلى نقابة عمالية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. - إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم الثالث.		
12. اسم النقابة	13. الرقم المحلي	
14. عنوان النقابة: رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	

III. معلومات التأمين الصحي الخاصة بك

1. هل التأمين الصحي متوفر لك من خلال صاحب العمل أو النقابة أو الخدمات الصحية الهندية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.		
2. اسم شركة التأمين	3. رقم البوليصا	4. رقم المجموعة
5. عنوان شركة التأمين رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	
6. نوع التغطية: <input type="checkbox"/> طبية فقط <input type="checkbox"/> طب و أسنان <input type="checkbox"/> أسنان فقط <input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكره): _____	7. تاريخ السريان	
8. هل لديك أي تأمين صحي آخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.		
9. اسم شركة التأمين الأخرى	10. رقم البوليصا	11. رقم المجموعة
12. اسم شركة التأمين الأخرى رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	
13. نوع التغطية: <input type="checkbox"/> طبية فقط <input type="checkbox"/> طب و أسنان <input type="checkbox"/> أسنان فقط <input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكره): _____	14. تاريخ السريان	
15. هل يغطي التأمين الصحي الخاص بك أي من الأطفال المشاركين في هذه الحالة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى القسم .		
16. قسط التأمين الشهري لتغطية كل طفل \$	17. مجموع أقساط التأمين الشهري لتغطية الأطفال \$	

IV. المعلومات المالية الخاصة بك

1. الإجمالي الشهري الأرباح أو الدخل \$	2. الصافي الشهري الأرباح أو الدخل \$	3. فترة السداد: <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهرياً <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____
4. اسم البنك	5. فرع البنك	
6. عنوان البنك: رقم الصندوق أو الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي	

IV. المعلومات المالية الخاصة بك (يتبع)

7. هل تحصل على استحقاقات التقاعد؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فمن من؟	
إذا حصلت على استحقاقات التقاعد العسكري، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا لم تحصل عليها، فانقل إلى السؤال التالي	
8. رتبك عند التقاعد	9. فرع الخدمة
10. هل تحصل على استحقاقات التعويض العمالي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية، وإذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
11. من يدفع الاستحقاقات؟	12. رقم المطالبة
13. هل لديك دخل آخر غير الراتب أو الأجور؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كان الجواب نعم، فاذكر المصدر.	
14. هل لديك ممتلكات؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى القسم .	
15. موقع الممتلكات	16. نوع الممتلكات (عقار، قارب، سيارة، وما إلى ذلك)

V. معلومات الزواج الخاص بك، والأبوة، وأمر إعالة الطفل

أرفق نسخًا من جميع شهادات الأبوة وأوامر المحكمة والأوامر الإدارية واتفاقيات إعالة الطفل المكتوبة.

1. هل كنت متزوجًا من ولي أمر أطفالك الآخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
2. تاريخ الزواج	3. محل الزواج: مدينة مقاطعة ولاية بلد
4. هل أنت الآن مطّوق من ولي أمر أطفالك الآخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
5. تاريخ الطلاق	6. محل الطلاق: مدينة مقاطعة ولاية أو قبيلة بلد
7. هل أنت الآن منفصل (غير مطّوق) عن ولي أمر أطفالك الآخر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية، وإذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
8. تاريخ الانفصال	9. محل الانفصال: مدينة مقاطعة ولاية بلد
10. إذا لم تكن متزوجًا من ولي أمر أطفالك الآخر، فهل تأمر محكمة الولاية أو المحكمة القبلية بتسمية والد الأطفال؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية . إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
11. تاريخ تقديم الطلب	12. محل تقديم الطلب: مدينة مقاطعة ولاية أو قبيلة بلد
13. اسم الأب بالكامل:	الأخير الأول الأوسط
14. هل وقعت على شهادة الأبوة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
15. تاريخ التوقيع	16. محل التقديم: مدينة مقاطعة ولاية بلد
17. اسم الولاية أو المحمية القبلية حيث تم إنجاب الأطفال	
18. هل لديك أي أوامر أخرى لإعالة الطفل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
19. تاريخ التقديم	20. رقم السبب (إذا كان معروفًا) 21. محل التقديم: مقاطعة ولاية أو قبيلة بلد
22. هل تدفع النفقة الزوجية (النفقة)؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.	
23. تواريخ الدفع	24. اسم الشخص / الأشخاص المدفوع لهم

V. معلومات الزواج الخاص بك، والأبوة، وأمر إعالة الطفل (بتبع)			
25. هل سبق لك أن دفعت إعالة الطفل إلى ولاية أخرى أو وكالة دعم الطفل القبلية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.			
26. تواريخ الدفع		27. اسم الوكالة	
28. هل سبق لك أن دفعت إعالة الطفل من خلال كاتب المحكمة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية و. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.			
29. تواريخ الدفع		30. محل الدفع: مقاطعة ولاية أو قبيلة	
31. صف جميع الاتفاقيات الشفوية والمكتوبة التي أبرمتها مع ولي الأمر الآخر والتي تؤثر على مبلغ إعالة الطفل.			
VI. معلومات شخصية عن ولي الأمر الآخر			
هذا القسم للحصول على معلومات عن ولي الأمر الآخر للأطفال المذكورين في هذا الطلب.			
1. الاسم بالكامل: الأخير الأول الأوسط		2. تاريخ الميلاد	
3. الجنس		4. رقم الضمان الاجتماعي	
5. أسماء أخرى مستخدمة			
6. إذا احتاج ولي الأمر الآخر تلقي المراسلات بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فأدرج هذه اللغة:			
7. محل الميلاد:		مدينة ولاية بلد	
8. هل ولي الأمر الآخر عضوًا في قبيلة هندية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أي قبيلة؟			
9. هل يعيش ولي الأمر الآخر في محمية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، أي محمية؟			
10. عنوان البريد: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة الولاية الرمز البريدي	
11. عنوان السكن: رقم الصندوق أو الشارع (إذا كان مختلفًا عن العنوان البريدي)		المدينة الولاية الرمز البريدي	
12. رقم هاتف المنزل ()		13. رسالة / رقم الهاتف الجوال ()	
14. رقم هاتف العمل ()			
VII. معلومات التوظيف والأرباح الخاصة بولي الأمر الآخر			
1. هل يعمل ولي الأمر الآخر لحسابه الخاص؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة التالية. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.			
2. اسم الشركة		3. <input type="checkbox"/> المالك الوحيد <input type="checkbox"/> مؤسسة <input type="checkbox"/> شراكة	
4. عنوان الشركة: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة الولاية الرمز البريدي	
5. اسم صاحب العمل		6. <input type="checkbox"/> صاحب العمل طول العام <input type="checkbox"/> صاحب العمل الموسمي	
7. عنوان صاحب العمل: رقم الصندوق أو الشارع		المدينة الولاية الرمز البريدي	
8. رقم هاتف صاحب العمل		9. أيام الأسبوع التي عملت فيها	
10. ساعات العمل			

VII. معلومات التوظيف والأرباح الخاصة بولي الأمر الآخر (بتبع)

11. صاحب العمل من قبيلة هندية <input type="checkbox"/>	صاحب العمل عبارة عن شركة يملكها هندي تقع في إحدى المحميات <input type="checkbox"/>
صاحب العمل هو شركة يملكها رجل قبلي <input type="checkbox"/>	صاحب العمل ليس له علاقة بالقبيلة الهندية <input type="checkbox"/>
12. إجمالي الأرباح الشهرية \$	13. الصافي الشهري الأرباح \$
	14. فترة السداد: <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> شهريًا <input type="checkbox"/> غير ذلك:

VIII. معلومات عن الأطفال في هذه الحالة

1. أذكر جميع الأطفال الذين يعيشون في منزل ولي الأمر الآخر الذي لديك متطلبات لدفع إعالة الطفل له أو لمن ترغب في تحديد متطلبات إعالة الطفل.			
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
A. الاسم بالكامل:	الأخير	الأول	الأوسط
E. علاقته بك	F. محل الميلاد:		
G. قبيلة	H. هل خاضع لتغطية التأمين الصحي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
2. هل قدمت الولاية (بخلاف ولاية واشنطن) أو قبيلة كل المساعدات العامة للأطفال المذكورين أعلاه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. عند التسليم (الأحدث) 4. محل التسليم (الأحدث) مقاطعة ولاية أو قبيلة			
5. هل يعيش الأطفال في أكثر من منزل أسرة واحدة بينما كانت لديك متطلبات لدفع إعالة الطفل؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة نعم، فأجب عن الأسئلة 6-11. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى سؤال 5.			
6. اسم الوصي في منزل الأسرة	7. الموقع: مدينة ولاية	8. التواريخ في منزل الأسرة	
9. اسم الوصي في منزل الأسرة	10. الموقع: مدينة ولاية	11. التواريخ في منزل الأسرة	

IX. إعالة الطفل التي تدفعها للأطفال المذكورين في هذا النموذج

أذكر جميع مدفوعات إعالة الطفل التي دفعتها للأطفال المشاركين في هذه الحالة خلال السنوات الأخيرة. وقد يطلب منك إثبات بأنك دفعت هذه المدفوعات.

السنة / الشهر				
يناير				
فبراير				
مارس				
أبريل				
مايو				
يونيو				
يوليو				
أغسطس				
سبتمبر				
أكتوبر				
نوفمبر				
ديسمبر				
الإجمالي				

السنة / الشهر				
يناير				
فبراير				
مارس				
أبريل				
مايو				
يونيو				
يوليو				
أغسطس				
سبتمبر				
أكتوبر				
نوفمبر				
ديسمبر				
الإجمالي				

X. الاعتماد

إذا كنت تريد فرض التزام الدعم الطبي الخاص بولي الأمر الآخر، فحدد نوع خدمات التنفيذ الطبي التي تريدها:

أريد أن أطلب من ولي الأمر الآخر توفير تغطية التأمين الصحي للأطفال أو دفع جزء من تكاليف أقساط التأمين الطبي التي أتكدها بالمبلغ المذكور في هذا الطلب.

أريد جمع حصة ولي الأمر الآخر من النفقات الطبية غير المؤمن عليها بما في ذلك المدفوعات المشتركة والخصومات والأقساط كما هو موضح في ما دفعته نيابة عن الأطفال.

إنني أطلب خدمات تنفيذ إعالة الطفل. وأدرك أنه يحاول تحصيل ديون إعالة الطفل التي لا يحظرها قانون التقادم. كما أعلم أن هذا الطلب يسجل أمر إعالة الطفل لدى سجل دعم ولاية واشنطن. وأفهم أن المعلومات التي أقدمها يمكن أن تستخدمها ولاية واشنطن لإنشاء أو تنفيذ أو تعديل إعالة الطفل.

أوافق على ذكر متى أُغير العنوان الخاص بي أو صاحب العمل وحول الأحداث الأخرى التي قد تغير مبلغ الدفع الخاص بإعالة الطفل.

أوافق على إرسال جميع مدفوعات إعالة الطفل إلى . وأفهم أن الاعتمادات هي المدفوعات التي أرسلها إلى، أو المحكمة التابعة للولاية أو وكالة إعالة الطفل، أو المحكمة القبلية أو وكالة إعالة أطفال لالتزامي بإعالة الطفل. كما أفهم أنه لن يعطيني رصيداً مقابل أي مدفوعات ترسل مباشرة إلى ولي الأمر الوصي.

وأقسم وأتحمل عقوبة الحنث باليمين طبقاً لقوانين ولاية واشنطن، ما يلي:

1. جميع البيانات التي قدمتها في هذا النموذج صحيحة وحقيقية.
2. لا أطلب أو أتلقى خدمات تنفيذ إعالة الطفل من ولاية أخرى.

التوقيع

التاريخ

DIVISION OF CHILD SUPPORT

PO BOX 11520

TACOMA WA 98411-5520

الخدمات متوفرة لأصحاب الإعاقة الكلامية أو السمعية.

تفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت: www.dshs.wa.gov/dcs

يرجى إعادة هذا النموذج المكتمل إلى:

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.