



លិខិតដាក់ពាក្យសុំការអនុវត្តន៍កាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនរបស់ឪពុកឬម្តាយមិនមែនអ្នកអាណាព្យាបាលកូន

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

សូមឆ្លើយនិងសំណួរនីមួយៗឲ្យបានពេញលេញទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ក្រៅពីហត្ថលេខារបស់អ្នក, សូមសរសេរចម្លើយទាំងអស់ឲ្យបានស្រប។ ឬវាយដា អក្សរពង្ស និងសូមប្រើតែចំណុំព័ត៌មានខ្សែច្រឡោះចុះឈ្មោះ។ បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ, សូមសរសេរ “UNK” (“មិនដឹង”) នៅក្នុងប្រឡោះចម្លើយនោះ។ បើអ្នកត្រូវការប្រឡោះសរ សេរចម្លើយណាមួយបន្ថែមទៀត, សូមប្រើសន្លឹកប្រកាសដាច់ដោយឡែកមួយទៀត រួចហើយភ្ជាប់វាជាមួយនិងទម្រង់នេះ។ នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភកូន (Division of Child Support – DCS) នឹងប្រើលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សម្រាប់គោលដៅអនុវត្តន៍កាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូន ទៅតាមវាក្យខណ្ឌនៃច្បាប់ Title IV-D of the Social Security Act (ច្បាប់សន្តិសុខសង្គម មាត្រា ថៃតុលប្យូ-ឌី)។

I. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

| | | | | | | |
|-------------|-----------|----------|-----------|---------------------|--------|---------------------------|
| 1. ឈ្មោះពេញ | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល | 2. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | 3. ភេទ | 4. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
|-------------|-----------|----------|-----------|---------------------|--------|---------------------------|

| | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|------------------|------------------------|--|--|
| 5. ឈ្មោះអ្វីទៅទៀតដែលអ្នកប្រើ | | | | | | |
| 6. ពូជសាសន៍កំណើត | 7. កម្ពស់ | 8. ទម្ងន់ | 9. ពណ៌សប្បុរសភាព | 10. ពណ៌សប្បុរសភាពភ្នែក | | |

11. បើអ្នកត្រូវការទទួលសំបុត្រភ្ជាប់ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស, សូមប្រាប់ឈ្មោះភាសា ៖

| | | | |
|-------------------|-------|------------|--------|
| 12. ទីកន្លែងកើត ៖ | ក្រុង | រដ្ឋ/ខេត្ត | ប្រទេស |
|-------------------|-------|------------|--------|

13. តើអ្នកសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធតំណួរឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើកុលសម្ព័ន្ធណា?

14. តើអ្នករស់នៅលើទឹកដីប្រូធីងសំរាប់កុលសម្ព័ន្ធឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើទឹកដីប្រូធីងណា?

| | | | |
|---|-------|------|---------------|
| 15. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|---|-------|------|---------------|

| | | | |
|--|-------|------|---------------|
| 16. អាសយដ្ឋានរស់នៅ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានសំបុត្រ) | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|--|-------|------|---------------|

| | | |
|----------------------------|---|-------------------------------------|
| 17. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ () | 18. លេខទូរស័ព្ទទទួលសារ/លេខទូរស័ព្ទដៃ () | 19. លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ () |
|----------------------------|---|-------------------------------------|

| | | | |
|--|-----------|----------|-----------|
| 20. ឈ្មោះពេញរបស់ម្តាយ ៖ (ទោះជាសាច់ហើយក៏ដោយ) | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល |
|--|-----------|----------|-----------|

| | | | |
|----------------------------|-----------|----------|-----------|
| 21. ឈ្មោះក្រមុំរបស់ម្តាយ ៖ | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល |
|----------------------------|-----------|----------|-----------|

| | | | |
|---|-------|------|---------------|
| 22. អាសយដ្ឋានរបស់ម្តាយ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|---|-------|------|---------------|

| | | | |
|---|-----------|----------|-----------|
| 23. ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក ៖ (ទោះជាសាច់ហើយក៏ដោយ) | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល |
|---|-----------|----------|-----------|

| | | | | |
|-------------------------|--|-------|------|---------------|
| 24. អាសយដ្ឋានរបស់ឪពុក ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|-------------------------|--|-------|------|---------------|

25. តើអ្នកជាសមាជិកនៃកងទ័ពយោធពល (military reserve forces) ឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 26-28។ បើ ឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 29។

| | | |
|------------------------|---|---------------------------------------|
| 26. សំខាន់នៃកងទ័ពយោធពល | 27. <input type="checkbox"/> កងទ័ពយោធពលត្រៀមខ្នាតជិត <input type="checkbox"/> កងទ័ពយោធពលត្រៀមខ្នាតរដ្ឋ | 28. ស្ថានីយកាតព្វកិច្ច (DUTY STATION) |
|------------------------|---|---------------------------------------|

សូមផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់សាច់ញាតិ, មិត្តភក្តិ, ឬទីកន្លែងនានាដែល DCS អាចទាក់ទងអ្នក ៖

| | | | | |
|-----------|--|-------|------|---------------|
| 29. ឈ្មោះ | 30. អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|-----------|--|-------|------|---------------|

| | |
|-----------------|-------------------------|
| 31. លេខទូរស័ព្ទ | 32. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក |
|-----------------|-------------------------|

| | | | | |
|-----------|--|-------|------|---------------|
| 33. ឈ្មោះ | 34. អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខសប្បុរសភាព |
|-----------|--|-------|------|---------------|

| | |
|-----------------|-------------------------|
| 35. លេខទូរស័ព្ទ | 36. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក |
|-----------------|-------------------------|

II. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងសហជីពការងាររបស់អ្នក

ដើម្បីជួយ DCS បំពេញសំណុំបែបបទដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក, សូមភ្ជាប់សំណេរវិញ្ញាបនបត្រសិក្សាប្រាក់ខែ ឬបញ្ជីបើកប្រាក់ខែចុងក្រោយរបស់អ្នក។

| | | | |
|--|--|---|------------------|
| 1. តើអ្នកធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 5។ | | | |
| 2. ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន | | 3. <input type="checkbox"/> កម្មសិទ្ធិដាច់មុខខ្នាក់ឯង <input type="checkbox"/> សាជីវកម្ម <input type="checkbox"/> សហហ៊ុនជាដៃគូ | |
| 4. អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុន ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |
| 5. ឈ្មោះរបស់និយោជក | | <input type="checkbox"/> និយោជកពេញឆ្នាំ <input type="checkbox"/> និយោជកតាមរដ្ឋ | |
| 6. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |
| 7. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក | 8. អ្នកធ្វើការវិជ្ជាជីវៈក្នុងមួយអាទិត្យ។ | 9. ម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នក | |
| 10. <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាកុលសម្ព័ន្ធស្នេហា <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធស្នេហា ដែលស្ថិតលើទឹកដីប្រទេសរបស់កុលសម្ព័ន្ធស្នេហា <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធស្នេហា <input type="checkbox"/> និយោជកមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយកុលសម្ព័ន្ធស្នេហាទេ | | | |
| 11. តើអ្នកសព្វថ្ងៃនេះចូលជាសមាជិកសហជីពការងារទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 12-14។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែកទី III (Section III)។ | | | |
| 12. ឈ្មោះរបស់សហជីពការងារ | | 13. លេខទូរស័ព្ទប្រចាំតំបន់ | |
| 14. អាសយដ្ឋានរបស់សហជីពការងារ ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |

III. ព័ត៌មានស្តីពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| 1. តើអ្នកមានទទួលបាននូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈនិយោជក, សហជីពការងារ, ឬសេវាសុខាភិបាលស្ថានទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-7។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 8។ | | | |
| 2. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង | | 3. លេខកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង | 4. លេខក្រុម |
| 5. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |
| 6. ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖ <input type="checkbox"/> គែវផ្ដល់សេវាសុខភាពមុខ <input type="checkbox"/> ផ្ដល់សេវាសុខភាព និងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> គែវគ្រួសារមុខ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (ចូររាយឈ្មោះ) ៖ _____ | | 7. កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន | |
| 8. តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀតទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 9-14។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 15។ | | | |
| 9. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃ | | 10. លេខកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង | 11. លេខក្រុម |
| 12. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដទៃ ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |
| 13. . ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖ <input type="checkbox"/> គែវផ្ដល់សេវាសុខភាពមុខ <input type="checkbox"/> ផ្ដល់សេវាសុខភាព និងគ្រួសារ <input type="checkbox"/> គែវគ្រួសារមុខ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (ចូររាយឈ្មោះ) ៖ _____ | | 14. កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន | |
| 15. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់ការរ៉ាប់រងដល់កូនណាម្នាក់ ដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងសំណុំរឿងនេះទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 16 និង 17។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក IV (Section IV)។ | | | |
| 16. ថ្លៃប្រចាំឆ្នាំធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែដល់កូនម្នាក់ៗ \$ | | 17. ថ្លៃប្រចាំឆ្នាំធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែសរុបដល់កូនទាំងអស់ \$ | |

IV. ព័ត៌មានស្តីពីហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក

| | | | |
|--|---|--|------------------|
| 1. ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម ឬប្រាក់ចំណូល ទូទៅប្រចាំខែដុល \$ | 2. ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម ឬប្រាក់ចំណូល ទូទៅប្រចាំខែសន្ទ \$ | 3. ពេលបើកប្រាក់ ៖ <input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____ | |
| 4. ឈ្មោះរបស់ធនាគារ | | 5. ស្ថានភាពធនាគារ | |
| 6. អាសយដ្ឋានរបស់ធនាគារ ៖ | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង | រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ |

IV. ព័ត៌មានស្តីពីហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក (ត)

7. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកទទួលបានជំនួយចូលនិវត្តន៍ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, ទទួលបានពីណា?

បើអ្នកទទួលបានជំនួយចូលនិវត្តន៍ផ្នែកឯទៀត, សូមឆ្លើយសំណួរ 8 និង 9។ បើមិនបានទទួលទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

8. ធនាគារចូលនិវត្តន៍របស់អ្នក

9. សាខាធនាគារ

10. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកទទួលបានជំនួយទូទាត់សំណងកម្មករ (workers compensation benefits) ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 11 និង 12។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 13។

11. តើនរណាជាអ្នកបង់ជំនួយនេះ?

12. លេខទាមទារ (CLAIM NUMBER)

13. ត្រូវបានប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ឈ្នួលការងារ, តើអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលណាផ្សេងទៀតទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមប្រាប់ប្រភព។

14. តើអ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 15 និង 16។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក V។

15. ទីកន្លែងដែលទ្រព្យសម្បត្តិស្ថិតនៅ

16. ប្រភេទទ្រព្យសម្បត្តិ (អចលនទ្រព្យ, ទូក, រថយន្ត ។ល។)

V. ព័ត៌មានស្តីពីអាពាហ៍ពិពាហ៍, បិតុភាព, និងដីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក

សូមភ្ជាប់សំណើចម្លងនៃលិខិតថ្លែងសច្ចា, ដីកាសុលាការ, ដីកាបង្គាប់, និងកិច្ចព្រមព្រៀងឧបត្ថម្ភកូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទាំងអស់។

1. តើអ្នកបានរៀបការជាមួយឪពុកឬម្តាយម្នាក់ទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

2. កាលបរិច្ឆេទនៃការរៀបការ

3. ទីកន្លែងរៀបការ : ក្រុង ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

4. តើឪពុកនេះអ្នកបានលែងលះពីឪពុកឬម្តាយម្នាក់ទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 5 និង 6។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 7។

5. កាលបរិច្ឆេទនៃការលែងលះ

6. ទីកន្លែងលែងលះ : ក្រុង ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

7. តើឪពុកនេះអ្នកបានបែកគ្នា(ដោយមិនលែងលះ)ពីឪពុកឬម្តាយម្នាក់ទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកឬ? ទេ បាទ/ចាះ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 8 និង 9។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 10។

8. កាលបរិច្ឆេទនៃការបែកគ្នា

9. ទីកន្លែងបែកគ្នា : ក្រុង ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

10. បើអ្នកមិនដែលបានរៀបការជាមួយឪពុកឬម្តាយម្នាក់ទៀតរបស់កូនរបស់អ្នកទេ, តើសុលាការរដ្ឋ ឬសុលាការកុលសម្ព័ន្ធបានកំណត់ឈ្មោះឪពុករបស់កូនរបស់ អ្នកឬទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 11-13។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 14។

11. កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះបញ្ជីដីកា

12. ទីកន្លែងចុះបញ្ជីដីកា : ក្រុង ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

13. ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុក : រាមត្រកូល រាមខួន រាមកណ្តាល

14. តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតថ្លែងសច្ចា (Paternity Affidavit) ទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 15-16។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 17។

15. កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខា

16. ទីកន្លែងចុះហត្ថលេខា/ចុះបញ្ជី : ក្រុង ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត ប្រទេស

17. ឈ្មោះរបស់រដ្ឋ និង កុលសម្ព័ន្ធ ដែលកូនបានចាប់កំណើតក្នុងផ្ទៃម្តាយ

18. តើអ្នកមានដីកាឧបត្ថម្ភកូនដទៃទៀតទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 19-21។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយ សំណួរ 22។

19. កាលបរិច្ឆេទចុះបញ្ជី

20. លេខ CAUSE NUMBER (បើដឹង)

21. ទីកន្លែងចុះបញ្ជី : ខោនធី រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ ប្រទេស

22. តើសព្វថ្ងៃនេះអ្នកបង់ប្រាក់សោធនអាហារកិច្ច (alimony) ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធទេ? ទេ បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 23 និង 24។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 25។

23. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់

24. ឈ្មោះរបស់មនុស្ស(នារី)ដែលបានបង់ប្រាក់

V. ព័ត៌មានស្តីពីអាពាហ៍ពិពាហ៍, បិតុភាព, និងដីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក (ត)

| | |
|--|--|
| 25. តើអ្នកធ្លាប់បានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនទៅឲ្យទីភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភកូនរបស់រដ្ឋដទៃ ឬរបស់កុលសម្ព័ន្ធដទៃទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 26 និង 27។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 28។ | |
| 26. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់ | 27. ឈ្មោះរបស់ទីភ្នាក់ងារ |
| 28. តើអ្នកធ្លាប់បានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនទៅតាមរយៈស្បៀនរបស់តុលាការណាម្នាក់ទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 29 និង 30។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 31។ | |
| 29. កាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់ | 30. ទីកន្លែងបង់ប្រាក់ ៖ ខោនធី រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ |
| 31. សូមពណ៌នាអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបានធ្វើតាមការនិយាយផ្ទាល់មាត់ និងតាមចំណារលិខិតលាយលក្ខណ៍អក្សរទាំងអស់ ដែលអ្នកបានធ្វើជាមួយឪពុកម្តាយម្ខាង ទៀត ដែលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនរបស់អ្នក។ _____ | |

VI. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនស្តីពីឪពុកម្តាយម្ខាងទៀត

ផ្នែកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីឪពុកម្តាយម្ខាងទៀតរបស់កូន។ ដែលមានឈ្មោះក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យសុំការអនុវត្តនីតិកិច្ចឧបត្ថម្ភកូននេះ។

| | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | 2. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | 3. ភេទ | 4. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| 5. ឈ្មោះដទៃទៀត ដែលបានប្រើ | | | |
| 6. បើឪពុកម្តាយម្ខាងទៀតត្រូវការទទួលសំបុត្រឆ្លើយត្រង់ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស, សូមប្រាប់ឈ្មោះភាសា ៖ | | | |
| 7. ទីកន្លែងកើត ៖ | ក្រុង | រដ្ឋ/ខេត្ត | ប្រទេស |
| 8. តើឪពុកម្តាយម្ខាងទៀតជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធតណ្តានឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើកុលសម្ព័ន្ធណា? | | | |
| 9. តើឪពុកម្តាយម្ខាងទៀតរស់នៅលើទឹកដីប្រូឌីងសំរាប់កុលសម្ព័ន្ធឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, តើទឹកដីប្រូឌីងណា? | | | |
| 10. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | | ក្រុង | រដ្ឋ |
| 11. អាសយដ្ឋានរស់នៅ ៖ អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | | ក្រុង | រដ្ឋ |
| (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានសំបុត្រ) | | | លេខប្រឹក្សា |
| 12. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ | 13. លេខទូរស័ព្ទទទួលសារ/លេខទូរស័ព្ទដៃ | 14. លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ | |
| () | () | () | |

VII. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងប្រាក់ចំណូលពលកម្មរបស់ឪពុកម្តាយម្ខាងទៀត

| | | | |
|--|------------------------------------|--|-----------------|
| 1. តើឪពុកម្តាយម្ខាងទៀតធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ។ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាះ, សូមឆ្លើយសំណួរ 2-4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយ សំណួរ 5។ | | | |
| 2. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន | | 3. <input type="checkbox"/> កម្មសិទ្ធិជាប់មុខម្នាក់ឯង <input type="checkbox"/> សាជីវកម្ម <input type="checkbox"/> សហហ៊ុនជាដេក | |
| 4. អាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុន ៖ | | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង |
| | | រដ្ឋ | លេខប្រឹក្សា |
| 5. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន | | 6. <input type="checkbox"/> និយោជកពេញម្ចាស់ <input type="checkbox"/> និយោជកតាមរដ្ឋ | |
| 7. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក ៖ | | អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវ | ក្រុង |
| | | រដ្ឋ | លេខប្រឹក្សា |
| 8. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក | 9. ធ្វើការរៀនសូត្រក្នុងមួយអាទិត្យ។ | | 10. ម៉ោងធ្វើការ |

VII. ព័ត៌មានស្តីពីការងារ និងប្រាក់ចំណូលពលកម្មរបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត (ត)

| | | |
|---|---|--|
| 11. <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាកុលសម្ព័ន្ធតំណួរ <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធតំណួរ | <input type="checkbox"/> និយោជកគឺជាអាជីវកម្មកម្មសិទ្ធិរបស់កុលសម្ព័ន្ធតំណួរ ដែលស្ថិតលើទឹកដីប្រទេសរបស់កុលសម្ព័ន្ធ <input type="checkbox"/> និយោជកមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយកុលសម្ព័ន្ធតំណួរទេ | |
| 12. ប្រាក់ចំណូលពលកម្មប្រចាំខែដុល \$ | 13. ប្រាក់ចំណូលពលកម្មប្រចាំខែសុទ្ធ \$ | 14. ពេលបើកប្រាក់ ៖ <input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> ផេងៗ (សប្តាហ៍) ៖ |

VIII. ព័ត៌មានស្តីពីកូនៗក្នុងសំណុំរឿងនេះ

1. សូមសរសេរឈ្មោះកូនៗទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត ដែលអ្នកមានកាតព្វកិច្ចត្រូវតែបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ដើម្បីឧបត្ថម្ភពួកគេ បដែលអ្នកចង់បង្កើតឲ្យមានកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនណាមួយ ដើម្បីជួយឧបត្ថម្ភដល់ពួកគេ។

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | C. ភេទ | D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក | F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត | | |
| G. កុលសម្ព័ន្ធ | | H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | C. ភេទ | D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក | F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត | | |
| G. កុលសម្ព័ន្ធ | | H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | C. ភេទ | D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក | F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត | | |
| G. កុលសម្ព័ន្ធ | | H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | C. ភេទ | D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក | F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត | | |
| G. កុលសម្ព័ន្ធ | | H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| A. ឈ្មោះពេញ ៖ រាមត្រកូល រាមខ្លួន រាមកណ្តាល | B. ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | C. ភេទ | D. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) |
| E. ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នក | F. ទីកន្លែងកើត ៖ ខោនធី/ស្រុក រដ្ឋ/ខេត្ត | | |
| G. កុលសម្ព័ន្ធ | | H. បានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | |

2. តើមានរដ្ឋវេទណា(ក្រៅពីរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) រឺ កុលសម្ព័ន្ធ ធ្លាប់បានផ្តល់ជំនួយសាធារណៈដើម្បីឧបត្ថម្ភកូនៗទាំងប៉ុន្មាន ដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះទេ? ទេ បាទ/ចា៖។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, សូមឆ្លើយសំណួរ 3 និង 4។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅឆ្លើយសំណួរ 5។

| | |
|--------------------------------------|---|
| 3. ពេលវេលាផ្តល់ជំនួយ (ចុងក្រោយបំផុត) | 4. ទីកន្លែងផ្តល់ជំនួយ (ចុងក្រោយបំផុត) ៖ ខោនធី រដ្ឋ/ខេត្ត រឺ កុលសម្ព័ន្ធ |
|--------------------------------------|---|

5. ក្នុងខណៈដែលជាប់មានកាតព្វកិច្ចត្រូវតែបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន, តើកូនៗទាំងនេះបានរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារលើសពីមួយគ្រួសារឬ? ទេ បាទ/ចា៖។
បើឆ្លើយថា បាទ/ចា៖, សូមឆ្លើយសំណួរ 6-11។ បើឆ្លើយថា ទេ, សូមផ្ទេរទៅផ្នែក IX (Section IX)។

| | | |
|--|---|---|
| 6. ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាលក្នុងក្រុមគ្រួសារ | 7. ទីកន្លែង ៖ ក្រុង រដ្ឋ | 8. កាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារនេះ |
| 9. ឈ្មោះអ្នកអាណាព្យាបាលក្នុងក្រុមគ្រួសារ | 10. ទីកន្លែង ៖ ក្រុង រដ្ឋ | 11. កាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារនេះ |

IX. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់កូនៗដែលមានឈ្មោះក្នុងទម្រង់នេះ

សូមចុះគ្រប់ទាំងប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់កូនៗដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងសំណុំរឿងនេះ សម្រាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំចុងក្រោយ។ DCS ប្រហែលជាអាចនឹងស្នើសុំឲ្យអ្នកផ្តល់កំរិតតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកពិតជាបានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះប្រាកដមែន។

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| ឆ្នាំ/ខែ | | | | | |
| មករា | | | | | |
| កុម្ភៈ | | | | | |
| មីនា | | | | | |
| មេសា | | | | | |
| ឧសភា | | | | | |
| មិថុនា | | | | | |
| កក្កដា | | | | | |
| សីហា | | | | | |
| កញ្ញា | | | | | |
| តុលា | | | | | |
| វិច្ឆិកា | | | | | |
| ធ្នូ | | | | | |
| សរុប | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| ឆ្នាំ/ខែ | | | | | |
| មករា | | | | | |
| កុម្ភៈ | | | | | |
| មីនា | | | | | |
| មេសា | | | | | |
| ឧសភា | | | | | |
| មិថុនា | | | | | |
| កក្កដា | | | | | |
| សីហា | | | | | |
| កញ្ញា | | | | | |
| តុលា | | | | | |
| វិច្ឆិកា | | | | | |
| ធ្នូ | | | | | |
| សរុប | | | | | |

X. សេចក្តីបញ្ជាក់

បើអ្នកចង់ឲ្យ DCS អនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត, នោះសូមជ្រើសរើសប្រភេទសេវាអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកចង់បាន ៖

- ខ្ញុំចង់ឲ្យ DCS គម្របឲ្យឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតផ្តល់កម្រៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់កូនៗទាំងនេះ
អនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត ។
- ខ្ញុំចង់ឲ្យ DCS ទារប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលជាចំណែកទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលគ្មានការរ៉ាប់រងរបស់ឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀត
(ដោយសរុបទាំងថ្លៃខ្វែង, ថ្លៃដាក់ធុរិយ, និងថ្លៃបញ្ជូនធានារ៉ាប់រង ដូចដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងក្រមរដ្ឋបាល WAC 388-14A-1020) ដែលខ្ញុំបាន
បង់ក្នុងនាមរបស់កូនៗទាំងប៉ុន្មានរួចហើយនោះ។

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំសេវាអនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំដឹងថា DCS ព្យាយាមទារប្រាក់បំណុលឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលមិនហាមឃាត់ដោយច្បាប់អាជ្ញាយុកាល (statute of limitations)។ ខ្ញុំដឹងថា ការស្នើសុំនេះនឹងចុះឈ្មោះដីកាឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំជាមួយភ្នាក់ងារចុះបញ្ជីឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Support Registry – WSSR)។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ទាំងប៉ុន្មានអាចនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ដើម្បីបង្កើត, អនុវត្ត, ឬកែប្រែកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់ DCS ឲ្យដឹង នៅពេលណាខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ឬនិយោជករបស់ខ្ញុំ និងអំពើព្រឹត្តិការណ៍ផ្សេងៗទៀត ដែលអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរដល់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើគ្រប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់ខ្ញុំទៅឲ្យ DCS។ ខ្ញុំយល់ថា DCS ឲ្យក្រុមគ្រប់គ្រងកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ តែទៅលើការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលខ្ញុំបានធ្វើទៅឲ្យ WSSR, ទៅឲ្យគុណការប្រឹក្សាភិបាលឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋ, ឬទៅឲ្យគុណការប្រឹក្សាភិបាលឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កុលសម្ព័ន្ធចំណុះ។ ខ្ញុំយល់ថា DCS នឹងមិនឲ្យក្រុមគ្រប់គ្រងដល់ខ្ញុំ ទៅលើការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណា ដែលខ្ញុំបានធ្វើទៅឲ្យឪពុកឬម្តាយជាអ្នកអាណាព្យាបាលកូនដោយផ្ទាល់ទេ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសអះអាងក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃសក្ខីកម្មច្បាប់, ក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន, ថា ៖

1. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងទម្រង់នេះគឺសុទ្ធតែជាសេចក្តីពិត និងសេចក្តីត្រឹមត្រូវ។
2. សព្វថ្ងៃនេះ ខ្ញុំមិនបានស្នើសុំ ឬបានទទួលសេវាអនុវត្តកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រពីរដ្ឋណាផ្សេងក្រៅពីរដ្ឋនេះទេ។

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខា

សូមផ្ញើទម្រង់ដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់នេះត្រឡប់ទៅ ៖ **DIVISION OF CHILD SUPPORT**
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
 សេវា TTY/TDD មានប្រើការជូនអស់លោកអ្នកដែលមានពិការភាពខាងការនិយាយ ឬការស្តាប់
 សូមចូលទៅអានមើលព័ត៌មានលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ ៖ www.dshs.wa.gov/dcs

គ្មានជនណាម្នាក់, ដោយសារពូជសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, គោលជំនឿ, សាសនា, ភេទ, អាយុ, ឬពិការភាព, គប្បីត្រូវគេប្រកាន់រើសអើងនៅក្នុងការងារ, ក្នុងសេវា, ឬក្នុងទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពនានារបស់កម្មវិធីនេះឡើយ។ ទម្រង់នេះមានប្រើការជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗទៅតាមការស្នើសុំ។