

ЩАТА ВАШИНГТОН
ОТДЕЛ ПО СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ УСЛУГИ
ДИРЕКЦИЯ „ИЗДРЪЖКА НА ДЕТЕ“ (DCS)

Формуляр за издръжка на дете

Дирекция „Издръжка на дете“ (DCS) ще използва Вашите лични данни и социалноосигурителния Ви номер за целите на постановяване на издръжка на дете, както е определено в Заглавие IV-D от Закона за социално осигуряване.

Информация за родителите на децата

Майка на децата					Баща на децата				
ИМЕ (ИМЕ/ПРЕЗИМЕ/ФАМИЛИЯ)					ИМЕ (ИМЕ/ПРЕЗИМЕ/ФАМИЛИЯ)				
ДРУГИ ИЗПОЛЗВАНИ ИМЕНА					ДРУГИ ИЗПОЛЗВАНИ ИМЕНА				
П.К. ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР					П.К. ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР				
ГРАД		ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД		ГРАД		ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД	
ДОМАШЕН ТЕЛЕФОН ()	ТЕЛЕФОНЕН СЕКРЕТАР ()		МОБИЛЕН ТЕЛЕФОН ()		ДОМАШЕН ТЕЛЕФОН ()	ТЕЛЕФОНЕН СЕКРЕТАР ()		МОБИЛЕН ТЕЛЕФОН ()	
ИМЕЙЛ АДРЕС					ИМЕЙЛ АДРЕС				
СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР			ДАТА НА РАЖДАНЕ (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)		СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР			ДАТА НА РАЖДАНЕ (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	
МЯСТО НА РАЖДАНЕ (ГРАД/ОКРЪГ/ЩАТ/ДЪРЖАВА)					МЯСТО НА РАЖДАНЕ (ГРАД/ОКРЪГ/ЩАТ/ДЪРЖАВА)				
РАСА	ВИСОЧИНА	ТЕГЛО	ЦВЯТ НА КОСАТА	ЦВЯТ НА ОЧИТЕ	РАСА	ВИСОЧИНА	ТЕГЛО	ЦВЯТ НА КОСАТА	ЦВЯТ НА ОЧИТЕ
РОДЕН ЕЗИК (АКО Е НЕОБХОДИМА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ НА ЕЗИК, РАЗЛИЧЕН ОТ АНГЛИЙСКИ)					РОДЕН ЕЗИК (АКО Е НЕОБХОДИМА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ НА ЕЗИК, РАЗЛИЧЕН ОТ АНГЛИЙСКИ)				
ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)			ЖИВЕЕ ЛИ В ИНДИАНСКИ РЕЗЕРВАТ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА		ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)			ЖИВЕЕ ЛИ В ИНДИАНСКИ РЕЗЕРВАТ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
ИМЕ НА ПОСЛЕДНИЯ ИЗВЕСТЕН РАБОТОДАТЕЛ					ИМЕ НА ПОСЛЕДНИЯ ИЗВЕСТЕН РАБОТОДАТЕЛ				
П.К. ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР НА РАБОТОДАТЕЛЯ					П.К. ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР				
ГРАД НА РАБОТОДАТЕЛЯ			ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД	ГРАД НА РАБОТОДАТЕЛЯ			ЩАТ	ПОЩЕНСКИ КОД
ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР НА РАБОТОДАТЕЛЯ ()			ТОВА ПЛЕМЕНЕН БИЗНЕС ЛИ Е? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВ.		ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР НА РАБОТОДАТЕЛЯ ()			ТОВА ПЛЕМЕНЕН БИЗНЕС ЛИ Е? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕИЗВ.	
ИМЕ НА БАЩАТА НА МАЙКАТА			МОМИНСКО ИМЕ НА МАЙКАТА НА МАЙКАТА		ИМЕ НА БАЩАТА НА БАЩАТА			МОМИНСКО ИМЕ НА МАЙКАТА НА БАЩАТА	

Местожителство на децата

Децата, посочени на страница 2, живеят с: Майката Бащата Друг (посочете кой): _____

Живял ли е някога родителят, който не е попечител, с децата или давал ли е издръжка за тях в щата Вашингтон?
 Не Да Ако да, кога?

От колко време в проценти децата, посочени на страница 2, живеят с майката? ____ процента.

От колко време в проценти децата, посочени на страница 2, живеят с бащата? ____ процента.

От колко време в проценти децата, посочени на страница 2, живеят с попечител, който не е родител? ____ процента.

Ако децата не живеят с майката или бащата, попълнете този раздел

ВАШЕТО ИМЕ			ВАШАТА П.К. ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР		
ВАШИЯТ СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР		ВАШАТА ДАТА НА РАЖДАНЕ	ВАШИЯТ ГРАД		ВАШИЯТ ЩАТ ВАШИЯТ ПОЩЕНСКИ КОД
ВАШАТА ВРЪЗКА С ДЕЦАТА			ВАШИЯТ ДОМАШЕН ТЕЛЕФОН ()	ВАШИЯТ ТЕЛЕФОНЕН СЕКРЕТАР ()	ВАШИЯТ МОБИЛЕН ТЕЛЕФОН ()
ВАШАТА ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)			ЖИВЕЕТЕ ЛИ В ИНДИАНСКИ РЕЗЕРВАТ? <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да		

Информация за децата, за които искате издръжка

Избройте само децата на родителите, посочени на страница 1, които живеят във Вашия дом. Ако е необходимо, използвайте допълнителен формуляр.

ИМЕ НА ДЕТЕТО (ИМЕ/ПРЕЗИМЕ/ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР	БАЩАТА ПОДПИСАЛ ЛИ Е ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПРИПОЗНАВАНЕ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА
ДАТА НА РАЖДАНЕ (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА РАЖДАНЕ (ГРАД/ОКРЪГ/ЩАТ/ДЪРЖАВА)		ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)	
ЗАБРЕМЕНЯЛА ЛИ Е МАЙКАТА С ТОВА ДЕТЕ В ЩАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			АКО НЕ, КЪДЕ (ОКРЪГ/ЩАТ):	
ИМА ЛИ РЕШЕНИЕ ЗА ИЗДРЪЖКА ЗА ТОВА ДЕТЕ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА		АКО ДА, ДАТА НА РЕШЕНИЕТО (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)		АКО ДА, МЯСТО НА ВЛИЗАНЕ В СИЛА НА РЕШЕНИЕТО (ОКРЪГ/ЩАТ/ПЛЕМЕ)
ИМЕ НА ДЕТЕТО (ИМЕ/ПРЕЗИМЕ/ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР	БАЩАТА ПОДПИСАЛ ЛИ Е ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПРИПОЗНАВАНЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
ДАТА НА РАЖДАНЕ (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА РАЖДАНЕ (ГРАД/ОКРЪГ/ЩАТ/ДЪРЖАВА)		ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)	
ЗАБРЕМЕНЯЛА ЛИ Е МАЙКАТА С ТОВА ДЕТЕ В ЩАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			АКО НЕ, КЪДЕ (ОКРЪГ/ЩАТ):	
ИМА ЛИ РЕШЕНИЕ ЗА ИЗДРЪЖКА ЗА ТОВА ДЕТЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ		АКО ДА, ДАТА НА РЕШЕНИЕТО (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)		АКО ДА, МЯСТО НА ВЛИЗАНЕ В СИЛА НА РЕШЕНИЕТО (ОКРЪГ/ЩАТ/ПЛЕМЕ)
ИМЕ НА ДЕТЕТО (ИМЕ/ПРЕЗИМЕ/ФАМИЛИЯ)		ПОЛ	СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР	БАЩАТА ПОДПИСАЛ ЛИ Е ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПРИПОЗНАВАНЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
ДАТА НА РАЖДАНЕ (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА РАЖДАНЕ (ГРАД/ОКРЪГ/ЩАТ/ДЪРЖАВА)		ПЛЕМЕННА ПРИНАДЛЕЖНОСТ (АКО ИМА ТАКАВА)	
ЗАБРЕМЕНЯЛА ЛИ Е МАЙКАТА С ТОВА ДЕТЕ В ЩАТА ВАШИНГТОН? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			АКО НЕ, КЪДЕ (ОКРЪГ/ЩАТ):	
ИМА ЛИ РЕШЕНИЕ ЗА ИЗДРЪЖКА ЗА ТОВА ДЕТЕ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА		АКО ДА, ДАТА НА РЕШЕНИЕТО (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)		АКО ДА, МЯСТО НА ВЛИЗАНЕ В СИЛА НА РЕШЕНИЕТО (ОКРЪГ/ЩАТ/ПЛЕМЕ)

Информация за брак на родителите на децата, посочени по-горе

ДАТА НА СКЛЮЧВАНЕ НА БРАК (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА СКЛЮЧВАНЕ НА БРАК (ОКРЪГ/ЩАТ)
ДАТА НА РАЗВОД (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА РАЗВОД (ОКРЪГ/ЩАТ)
ДАТА НА РАЗДЯЛА (МЕСЕЦ/ДЕН/ГОДИНА)	МЯСТО НА РАЗДЯЛА (ОКРЪГ/ЩАТ)

Ограничителна заповед/опасения за сигурността

Издадена ли е ограничителна заповед/заповед за защита или имате ли опасения за Вашата безопасност и безопасността на Вашите деца?
 НЕ ДА

Информация за обществено подпомагане и изплащане на издръжка

Вие или децата, посочени по-горе, получавали ли сте някога обществено подпомагане от щат или индианско племе? НЕ ДА

АКО ДА, КЪДЕ (ОКРЪЗИ/ЩАТИ/ПЛЕМЕНА) _____ АКО ДА, КОГА (МЕСЕЦИ/ГОДИНИ) _____

Ако сте получавали издръжка за дете от родителя, който не е попечител, попълнете **Декларацията за плащания на издръжка** и я върнете на DCS. **Приложете копия на всички решения за издръжка.**

Декларация

Съгласен/на съм незабавно да уведомя DCS писмено за всяка нова или променена информация, свързана с взимането на издръжка от родителя, който отговаря за плащането на издръжка.

Удостоверявам или декларирам, че горепосочената информация е вярна и точна и че мога да бъда подведен/а под отговорност за деклариране на неверни данни съгласно законодателството на щата Вашингтон.

Подписано _____, Вашингтон.

ПОДПИС	ДАТА
Забранява се дискриминацията, основана на раса, цвят на кожата, национален произход, вероизповедание, религия, пол, възраст или увреждане при трудови отношения, услуги или в друг аспект от дейностите на програмата. Този формуляр е достъпен и в други формати при поискване	