



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

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການບັງຄັບເກັບເງິນລ້ຽງລູກສຳລັບພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງ
Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

ກະຮຸນາອ່ານແຕ່ລະຄຳຖາມໃຫ້ຄົບຖ້ວນເທົ່າທີ່ສາມາດເປັນໄປໄດ້. ຍົກເວັ້ນແຕ່ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຂຽນເປັນຕົວພິມຄຳຕອບທຸກໆອັນດ້ວຍນ້ຳມືກສິຝາ ຫລື ສີດຳເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈັກຄຳຕອບ, ຂຽນ "ບໍ່ຮູ້ຈັກ" ໃສ່ບ່ອນວ່າງ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະຕອບຄຳຖາມອັນໃດອັນນຶ່ງ, ໃຫ້ໃຊ້ເຊັດໃບຕ່າງ ແລະ ຄັດໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້. ຜະແນກເກັບເງິນລ້ຽງລູກ (DCS) ຈະໃຊ້ເລກໂຊໂຊເຟື້ອອຸດປະສົງຂອງການບັງຄັບເກັບເງິນລ້ຽງລູກຕາມທີ່ຖືກຕິຄວາມໝາຍຢູ່ໃນມາຕຣາ Title IV-D ຂອງກົດໝາຍ Social Security Act.

I. ຣາຍຮອດສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ

1. ຊື່ເຕັມ	ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ	2. ວັນເກີດ	3. ເພດ	4. ເລກໂຊໂຊ
------------	----------	-----	--------	------------	--------	------------

5. ຊື່ອື່ນທີ່ທ່ານໃຊ້

6. ຊົນເຜົ່າດັ້ງເດີມ	7. ລວງສູງ	8. ນ້ຳໜັກ	9. ສີຂອງເພີມ	10. ສີຂອງຕາ
---------------------	-----------	-----------	--------------	-------------

11. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຢາກໄດ້ຮັບໜັງສືຕິດຕໍ່ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ຂຽນບອກພາສາ:

12. ບ່ອນເກີດ: ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ປະເທດ _____

13. ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງຊົນເຜົ່າອິນດຽນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຊົນເຜົ່າໃດ?

14. ທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຂດແດນສະງວນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ເຂດແດນສະງວນບ່ອນໃດ?

15. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____

16. ທີ່ຢູ່ບ່ອນອາໄສຢູ່: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____
(ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ໄປສະນີ)

17. ເລກໂທຣະສັບເວຣີອນ ()	18. ເລກໂທຣະສັບສິ່ງຄວາມ ^L / _L ມືຖື ()	19. ເລກໂທຣະສັບວຽກງານ ()
-----------------------------	--	-----------------------------

20. ຊື່ເຕັມຂອງແມ່: _____ ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ກາງ _____
(ຂຽນລົງໄປເຖິງແມ່ນວ່າຈະເສຍຊີວິດແລ້ວກໍຕາມ)

21. ຊື່ກ່ອນແຕງງານຂອງແມ່: _____ ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ກາງ _____

22. ທີ່ຢູ່ຂອງແມ່: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____

23. ຊື່ເຕັມຂອງພໍ່: _____ ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ກາງ _____
(ຂຽນລົງໄປເຖິງແມ່ນວ່າຈະເສຍຊີວິດແລ້ວກໍຕາມ)

24. ທີ່ຢູ່ຂອງພໍ່: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____

25. ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງກອງທະຫານສຳຮອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 26-28. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 29.

26. ສາຂາຂອງກອງທັບ	27. <input type="checkbox"/> ທະຫານສຳຮອງ <input type="checkbox"/> ທະຫານປ້ອງກັນປະເທດ	28. ຄ້າຍປະຈຳການ
-------------------	---	-----------------

ຂຽນຮາຍຮອດຕໍ່ລົງໄປນີ້ສຳລັບພີ່ນ້ອງ, ຫມູ່ເພື່ອນ, ຫລື ບ່ອນທີ່ຜະແນກ DCS ສາມາດຕິດຕໍ່ໄປຫາທ່ານ:

29. ຊື່ _____ 30. ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ: _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____

31. ເລກໂທຣະສັບ _____ 32. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ _____

33. ຊື່ _____ 34. ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ: _____ ເມືອງ _____ ຮັດ _____ ຊົບໂຄດ _____

35. ເລກໂທຣະສັບ _____ 36. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ _____

II. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບວຽກງານ ແລະ ຢູນຮຸນຂອງທ່ານ

ເພື່ອຈະຊ່ວຍຜະແນກ DCS ດຳເນີນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ກະຮຸນາຄັດໃບໂກປີຂອງສິນເຊີກສາມໃບສູດທ້າຍຫມູ່ ຫລື ບັນທຶກການເບີກເງິນຂອງທ່ານມານຳ.

1. ທ່ານເຮັດວຽກງານໃຫ້ເຕີນເອງບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 2-4. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 5.				
2. ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ			3. <input type="checkbox"/> ເຈົ້າຂອງຄົນດຽວ <input type="checkbox"/> ບໍຣິສັດຮ່ວມກັນ <input type="checkbox"/> ເຈົ້າຂອງນຳກັນ	
4. ທີ່ຢູ່ຂອງບໍຣິສັດ:	ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
5. ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ			<input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຕະລອດປີ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຕາມຮະດູການ	
6. ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:	ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
7. ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ	8. ວັນຂອງອາທິດທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ		9. ເວລາເຮັດວຽກຂອງທ່ານ	
10. <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນຊົນເຜົ່າອິນດຽນ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນກິຈການຄ້າທີ່ຄົນອິນດຽນເປັນເຈົ້າຂອງຕັ້ງຢູ່ໃນເຂດແດນສະງວນ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນກິຈການຄ້າທີ່ຊົນເຜົ່າອິນດຽນເປັນເຈົ້າຂອງ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງບໍ່ໄດ້ກ່ຽວພັນນຳຊົນເຜົ່າອິນດຽນ				
11. ທ່ານຂຶ້ນນຳຢູນຮຸນແຮງງານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 12-14. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາພາກສ່ວນ III.				
12. ຊື່ຂອງຢູນຮຸນ			13. ເລກທ້ອງຖິ້ນ	
14. ທີ່ຢູ່ຂອງຢູນຮຸນ:	ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ

III. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

1. ປະກັນພັຍສຸຂະພາບມີໄວ້ໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍຜ່ານນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ຢູນຮຸນ, ຫລື ການປົນປົວສຸຂະພາບຂອງຊົນເຜົ່າອິນດຽນບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 2-7. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 8.				
2. ຊື່ຂອງບໍຣິສັດປະກັນພັຍ		3. ເລກນະໂຍບາຍ	4. ເລກກຸ່ມ	
5. ທີ່ຢູ່ຂອງບໍຣິສັດປະກັນພັຍ:	ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
6. ຊະນິດຂອງການຄຸ້ມກັນ: <input type="checkbox"/> ພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ພະຍາບານ ແລະ ແອັວ <input type="checkbox"/> ແອັວເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ຂຽນບອກ):			7. ວັນທີມີຜົນໃຊ້ການໄດ້	
8. ທ່ານມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບແນວອື່ນແນວໃດແນວນຶ່ງບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ. ຖ້າມີ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 9-14. ຖ້າບໍ່ມີ, ໄປຫາຄຳຖາມ 15.				
9. ຊື່ຂອງບໍຣິສັດປະກັນພັຍອື່ນ		10. ເລກນະໂຍບາຍ	11. ເລກກຸ່ມ	
12. ທີ່ຢູ່ຂອງບໍຣິສັດປະກັນພັຍອື່ນ:	ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
13. ຊະນິດຂອງການຄຸ້ມກັນ: <input type="checkbox"/> ພະຍາບານເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ພະຍາບານ ແລະ ແອັວ <input type="checkbox"/> ແອັວເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ຂຽນບອກ):			14. ວັນທີມີຜົນໃຊ້ການໄດ້	
15. ປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານຄຸ້ມກັນເດັກນ້ອຍຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ກ່ຽວພັນນຳສຳນວນເອກສານອັນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 16 ແລະ 17. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາພາກສ່ວນ IV.				
16. ຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍປະຈຳເດືອນເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນເດັກນ້ອຍແຕ່ລະຄົນ \$		17. ຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍປະຈຳເດືອນທັງໝົດເພື່ອຈະຄຸ້ມກັນເດັກນ້ອຍ \$		

IV. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການເງິນຂອງທ່ານ

1. ເງິນເຮັດວຽກ ຫລື ຮາຍໄດ້ ປະຈຳເດືອນທັງໝົດ \$	2. ຍອດເງິນເຮັດວຽກ ຫລື ຮາຍໄດ້ \$	3. ຣະຍະເບີກເງິນ: <input type="checkbox"/> ແຕ່ລະອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງສອງເທື່ອ <input type="checkbox"/> ແຕ່ລະເດືອນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____		
4. ຊື່ຂອງທະນາຄານ		5. ສາຂາຂອງທະນາຄານ		
6. ທີ່ຢູ່ຂອງທະນາຄານ: ຜູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນິນ				
		ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ

IV. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການເງິນຂອງທ່ານ (ຕໍ່)

7. ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນເບື້ອງບໍານານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບ. ຖ້າໄດ້ຮັບ, ຈາກໃຜ?	
ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນເບື້ອງບໍານານທະຫານ. ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 8 ແລະ 9. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 10.	
8. ຊັ້ນຕໍາແໜ່ນໃນເວລາອອກເບື້ອງບໍານານຂອງທ່ານ	9. ສາຂາບໍລິການຮັບໃຊ້
10. ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນທົດແທນແຮງງານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບ. ຖ້າໄດ້ຮັບ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 11 ແລະ 12. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 13.	
11. ແມ່ນໃຜຈ່າຍເງິນໃຫ້?	12. ເລກທວງເງິນ
13. ທ່ານມີຮາຍໄດ້ນອກຈາກເງິນເດືອນ ຫລື ເງິນຊົ່ວໂມງບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ. ຖ້າມີ, ຂຽນບອກບ່ອນມາ.	
14. ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນເຮືອນຊານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ເປັນ <input type="checkbox"/> ເປັນ. ຖ້າເປັນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 15 ແລະ 16. ຖ້າບໍ່ເປັນ, ໄປຫາພາກສ່ວນ V.	
15. ສະຖານທີ່ຂອງຊັບສິນເຮືອນຊານ	16. ຊະນິດຂອງຊັບສິນເຮືອນຊານ (ທີ່ດິນເຮືອນຊານ, ເຮືອ, ຮີດ, ອື່ນໆ)

V. ການແຕ່ງງານຂອງທ່ານ, ສາຍເລືອດພໍ່ລູກ, ແລະ ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄຳສັ່ງຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກ

ຄັດໂກປີຂອງໃບຢັ້ງຢືນສາຍເລືອດພໍ່ລູກ, ຄຳສັ່ງສານ, ຄຳສັ່ງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ, ແລະ ຫນັງສືຕົກລົງສັນຍາເງິນລ້ຽງລູກ.

1. ທ່ານໄດ້ແຕ່ງງານນຳພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 2-4. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 10.		
2. ວັນທີແຕ່ງງານ	3. ບ່ອນທີ່ແຕ່ງງານ: ເມືອງ ຄາວຕີ ຮັດ ປະເທດ	
4. ທ່ານດຽວນີ້ໄດ້ຢ່າຮ້າງຈາກພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 5 ແລະ 6. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 7.		
5. ວັນທີຢ່າຮ້າງ	6. ບ່ອນທີ່ຢ່າຮ້າງ: ເມືອງ ຄາວຕີ ຮັດ ຫລື ຊົນເຜົ່າ ປະເທດ	
7. ທ່ານດຽວນີ້ໄດ້ແຍກທາງກັນ (ບໍ່ແມ່ນຢ່າຮ້າງ) ຈາກພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 8 ແລະ 9. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 10.		
8. ວັນທີແຍກທາງກັນ	9. ບ່ອນທີ່ແຍກທາງກັນ: ເມືອງ ຄາວຕີ ຮັດ ປະເທດ	
10. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານຈັກເທື່ອນຳພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານບໍ່, ຄຳສັ່ງຈາກສານຂອງຮັດ ຫລື ຂອງຊົນເຜົ່າໄດ້ບັງຄັບຂອງເດັກນ້ອຍບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 11-13. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 14.		
11. ວັນທີຄຳສັ່ງຕົກສັ່ງອອກມາ	12. ບ່ອນທີ່ຄຳສັ່ງຕົກສັ່ງອອກມາ: ເມືອງ ຄາວຕີ ຮັດ ຫລື ຊົນເຜົ່າ ປະເທດ	
13. ຊື່ເຕັມຂອງພໍ່:	ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ	
14. ທ່ານໄດ້ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຢັ້ງຢືນສາຍເລືອດພໍ່ລູກບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 15-16. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 17.		
15. ວັນທີທີ່ເຊັນຊື່	16. ບ່ອນທີ່ຍື່ນ: ເມືອງ ຄາວຕີ ຮັດ ປະເທດ	
17. ຊື່ຂອງຮັດ ຫລື ເຂດສະຖວນຂອງຊົນເຜົ່າ ບ່ອນທີ່ເດັກນ້ອຍໄດ້ຖືກຖືພາຕັ້ງທ້ອງ		
18. ທ່ານມີຄຳສັ່ງຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກໃບອື່ນໃບໃດໃບນຶ່ງອີກບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 19-21. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 22.		
19. ວັນທີຖືກສັ່ງອອກມາ	20. ເລກສຳນວນ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)	21. ບ່ອນທີ່ຖືກສັ່ງອອກມາ: ຄາວຕີ ຮັດ ຫລື ຊົນເຜົ່າ ປະເທດ
22. ທ່ານຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກຜົວເມັຽ (ເງິນລ້ຽງຜົວເມັຽ) ບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 23 ແລະ 24. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 25.		
23. ວັນທີ່ຈ່າຍເງິນ	24. ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້	

V. ການແຕ່ງງານຂອງທ່ານ, ສາຍເລືອດພໍ່ລູກ, ແລະ ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຄຳສັ່ງຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກ (ຕໍ່)

25. ທ່ານໄດ້ເຄີຍຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກໃຫ້ຫ້ອງການເງິນລ້ຽງລູກຂອງຣັດອິນ ຫລື ຊົນເຜົ່າອື່ນຈັກເທື່ອບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ.
 ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 26 ແລະ 27. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 28.

26. ວັນທີ່ຈ່າຍເງິນ	27. ຊື່ຂອງຫ້ອງການ
--------------------	-------------------

28. ທ່ານໄດ້ເຄີຍຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກໂດຍຜ່ານສະມຽນຂອງສານຈັກເທື່ອບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ.
 ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 29 ແລະ 30. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 31.

29. ວັນທີ່ຈ່າຍເງິນ	30. ບ່ອນທີ່ຈ່າຍເງິນ: ຄາວຕີ ຣັດ ຫລື ຊົນເຜົ່າ
--------------------	--

31. ບັນຮະຍາຍການຕົກລົງສັນຍາທາງປາກເປົ່າ ແລະ ທາງຫນັງສືທຸກໆຢ່າງ ທີ່ທ່ານມີຢູ່ນຳພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງຊຶ່ງສະທ້ອນເຖິງຈຳນວນເງິນລ້ຽງລູກ.

VI. ຮາຍຮະອຽດສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ

ພາກສ່ວນນີ້ແມ່ນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍອີກຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້.

1. ຊື່ເຕັມ ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ	2. ວັນເກີດ	3. ເພດ	4. ເລກໂຊໂຊ
--------------------------------	------------	--------	------------

5. ຊື່ອື່ນທີ່ຖືກໃຊ້

6. ຖ້າຫາກວ່າພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງຕ້ອງການຢາກໄດ້ຮັບຫນັງສືຕິດຕໍ່ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ຂຽນບອກພາສາ:

7. ບ່ອນເກີດ: ເມືອງ	ຣັດ	ປະເທດ
--------------------	-----	-------

8. ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງເປັນສະມາຊິກຂອງຊົນເຜົ່າອື່ນດຽວບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຊົນເຜົ່າໃດ?

9. ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງອາໄສຢູ່ໃນເຂດແດນສະງວນບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ເຂດແດນສະງວນບ່ອນໃດ?

10. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊົບໂຄດ
--	-------	-----	--------

11. ທີ່ຢູ່ບ່ອນອາໄສຢູ່: ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນົນ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ໄປສະນີ)	ເມືອງ	ຣັດ	ຊົບໂຄດ
--	-------	-----	--------

12. ເລກໂທຣະສັບເຮືອນ ()	13. ເລກໂທຣະສັບສິ່ງຄວາມ ^L ມີຖື ()	14. ເລກໂທຣະສັບວຽກງານ ()
----------------------------	---	-----------------------------

VII. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບວຽກງານ ແລະ ເງິນເຮັດວຽກຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ

1. ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງເຮັດວຽກງານໃຫ້ຕົນເອງບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມ 2-4. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄຳຖາມ 5.

2. ຊື່ຂອງບໍຣິສັດ	3. <input type="checkbox"/> ເຈົ້າຂອງຄົນດຽວ <input type="checkbox"/> ບໍຣິສັດຮວມກັນ <input type="checkbox"/> ເຈົ້າຂອງອຳນາດ
------------------	--

4. ທີ່ຢູ່ຂອງບໍຣິສັດ:	ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊົບໂຄດ
----------------------	------------------------	-------	-----	--------

5. ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ	6. <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຕະລອດປີ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງຕາມຮະດູການ
------------------	--

7. ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:	ຕູ້ໄປສະນີ ຫລື ເລກຖະນົນ	ເມືອງ	ຣັດ	ຊົບໂຄດ
----------------------	------------------------	-------	-----	--------

8. ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ	9. ວັນຂອງອາທິດທີ່ເຮັດວຽກ	10. ເວລາເຮັດວຽກ
-------------------------	--------------------------	-----------------

VII. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບວຽກງານ ແລະ ເງິນເຮັດວຽກຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ (ຕໍ່)

11. <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນຊົນເຜົ່າອິນດຽນ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນກິຈການຄ້າທີ່ຄົນອິນດຽນເປັນເຈົ້າຂອງຕົງຢູ່ໃນເຂດແດນສະງວນ		<input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງເປັນກິຈການຄ້າທີ່ຊົນເຜົ່າອິນດຽນເປັນເຈົ້າຂອງ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງບໍ່ໄດ້ກ່ຽວພັນນໍາຊົນເຜົ່າອິນດຽນ	
12. ເງິນເຮັດວຽກ ປະຈໍາເດືອນທັງໝົດ \$	13. ຍອດເງິນເຮັດວຽກປະຈໍາເດືອນ \$	14. ຮະບະເບີກເງິນ: <input type="checkbox"/> ແຕ່ລະອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງສອງເທື່ອ <input type="checkbox"/> ແຕ່ລະເດືອນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____	

VIII. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ໃນສໍານວນເອກສານອື່ນນີ້

1. ຂຽນຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍທຸກໆຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງພໍ່ແມ່ອີກຝ່າຍນຶ່ງ ຜູ້ທີ່ທ່ານມີກິດກຳນົດທີ່ຈະຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ສໍາລັບຜູ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີກິດກຳນົດການຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກຖືກກໍ່ຕັ້ງຂຶ້ນ.

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

A. ຊື່ເຕັມ: ນາມສະກຸນ ຊື່ ຊື່ກາງ		B. ວັນເກີດ	C. ເພດ	D. ເລກໂຊໂຊ
E. ຄວາມສັມພັນຕໍ່ທ່ານ	F. ບ່ອນເກີດ: ຄາວຕີ ຮັດ			
G. ຊົນເຜົ່າ			H. ຖືກຄຸ້ມກັນໂດຍປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ	

2. ຮັດ (ນອກຈາກຮັດວໍຊິງຕັນ) ຫລື ຊົນເຜົ່າໄດ້ເຄີຍອະນຸມັດເງິນຊ່ວຍເຫລືອໃຫ້ແກ່ເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 3 ແລະ 4. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາຄໍາຖາມ 5.

3. ຖືກອະນຸມັດເມື່ອໃດ (ເທື່ອສຸດທ້າຍຫມູ່)	4. ບ່ອນທີ່ຖືກອະນຸມັດ (ເທື່ອສຸດທ້າຍຫມູ່): ຄາວຕີ ຮັດ ຫລື ຊົນເຜົ່າ
---	---

5. ເດັກນ້ອຍໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນຫລາຍກວ່າຄອບຄົວນຶ່ງໃນຂະນະທີ່ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກບໍ່? ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນ. ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງຕອບຄໍາຖາມ 6-11. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປຫາພາກສ່ວນ IX.

6. ຊື່ຂອງຜູ້ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງຢູ່ໃນຄອບຄົວ	7. ສະຖານທີ່: ເມືອງ ຮັດ	8. ວັນທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວ
9. ຊື່ຂອງຜູ້ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງຢູ່ໃນຄອບຄົວ	10. ສະຖານທີ່: ເມືອງ ຮັດ	11. ວັນທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວ

IX. ເງິນລ້ຽງລູກທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້

ຂຽນລົງໄປການຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກທຸກໆເທື່ອທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ກ່ຽວພັນນໍາສໍານວນເອກສານອັນນີ້ສໍາລັບ 10 ປີຜ່ານມາ. ຜະແນກ DCS ອາດຈະໃຫ້ທ່ານພິສູດວ່າທ່ານໄດ້ທໍາການຈ່າຍເງິນເຫລົ່ານີ້.

ເດືອນປີ					
ຜຈຸນປູຣີ					
ຝຣັ່ງຮູຣີ					
ມາກຊ໌					
ເອໂປຣ					
ເມ					
ຈູນ					
ຈູນລາຍ					
ອັກສ					
ເຊັບເທັມເບີ					
ອີກໂຕເບີ					
ໂນເວັມເບີ					
ດີເຊັມເບີ					
ທັງຫມົດ					

ເດືອນປີ					
ຜຈຸນປູຣີ					
ຝຣັ່ງຮູຣີ					
ມາກຊ໌					
ເອໂປຣ					
ເມ					
ຈູນ					
ຈູນລາຍ					
ອັກສ					
ເຊັບເທັມເບີ					
ອີກໂຕເບີ					
ໂນເວັມເບີ					
ດີເຊັມເບີ					
ທັງຫມົດ					

X. ການຢັ້ງຢືນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜະແນກ DCS ທີ່ຈະບັງຄັບໃຊ້ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ພະຍາບານຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ, ຈົ່ງເລືອກເອົາຂະນິດຂອງການບໍລິການດ້ານການບັງຄັບໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງພະຍາບານທີ່ທ່ານຕ້ອງການ:

- ຂ້ອຍຕ້ອງການໃຫ້ຜະແນກ DCS ທີ່ຈະບັງຄັບໃຫ້ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງທີ່ຈະເອົາການຄຸ້ມຄອງປະກັນພັນພ້ອມສຸຂະພາບໃຫ້ສໍາລັບເດັກນ້ອຍ ຫລື ທີ່ຈະຈ່າຍສ່ວນນຶ່ງຂອງຄ່າທຳນຽມຂອງປະກັນພັນພະຍາບານທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຮັດໃຫ້ມີຂຶ້ນໃນຈຳນວນທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ໃນໃບຄໍາສັ່ງ.
- ຂ້ອຍຕ້ອງການໃຫ້ຜະແນກ DCS ທີ່ຈະເກັບເອົາເງິນສ່ວນແບ່ງສໍາລັບຮາຍຈ່າຍພະຍາບານທີ່ບໍ່ຖືກຮັບປະກັນຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ (ລວມທັງເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນ, ເງິນຫັກລຸດອອກ, ແລະ ເງິນຄ່າທຳນຽມຕາມທີ່ຖືກຕີຄວາມຫມາຍຢູ່ໃນກົດຫມາຍ WAC 388-14A-1020) ທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຈ່າຍແລ້ວໃນນາມຂອງເດັກນ້ອຍ.

ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍເອົາການບໍລິການບັງຄັບເກັບເງິນລ້ຽງລູກ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈດີວ່າຜະແນກ DCS ພະຍາຍາມທີ່ຈະເກັບເອົາເງິນລ້ຽງລູກທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກກັດກັ້ນໂດຍກົດບັນຍັດຂອບເຂດເວລາ. ຂ້ອຍຮູ້ຈັກວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍອັນນີ້ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນຄໍາສັ່ງຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກຂອງຂ້ອຍນໍາທະບຽນເງິນລ້ຽງລູກຂອງຮັດວິຊິຕັນ (WSSR). ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້ອຍເອົາໃຫ້ຈະຖືກໃຊ້ໂດຍຮັດວິຊິຕັນເພື່ອຈະກໍ່ຕັ້ງ, ບັງຄັບໃຊ້, ຫລື ດັດແປງເງິນລ້ຽງລູກຂອງຂ້ອຍ.

ຂ້ອຍຕົກລົງທີ່ຈະບອກຜະແນກ DCS ເມື່ອເວລາຂ້ອຍປ່ຽນທີ່ຢູ່ ຫລື ນາຍຈ້າງຂອງຂ້ອຍ ແລະ ກ່ຽວກັບເຫດການອື່ນໆທີ່ອາດຈະປ່ຽນຈຳນວນເງິນລ້ຽງລູກຂອງຂ້ອຍ.

ຂ້ອຍຕົກລົງທີ່ຈະສົ່ງການຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກທຸກໆເທື່ອໄປຫາຜະແນກ DCS. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຜະແນກ DCS ຈະໃຫ້ເຄຣດິດເງິນຫັກອອກແຕ່ການຈ່າຍເງິນທີ່ຂ້ອຍສົ່ງໄປຫາ WSSR, ຫ້ອງການສາມຂອງຮັດ ຫລື ຫ້ອງການເງິນລ້ຽງລູກຂອງຮັດ, ຫລື ຫ້ອງການສາມຂອງຊົນເຜົ່າ ຫລື ຫ້ອງການເງິນລ້ຽງລູກຂອງຊົນເຜົ່າເທົ່ານັ້ນໃສ່ຄວາມຮັບຜິດຊອບເງິນລ້ຽງລູກຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຜະແນກ DCS ຈະບໍ່ເອົາເຄຣດິດເງິນຫັກອອກໃຫ້ຂ້ອຍສໍາລັບການຈ່າຍເງິນຕ່າງໆທີ່ສົ່ງໄປຫາພໍ່ແມ່ທີ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງ.

ຂ້ອຍຂໍຮຽບຮ້ອຍໄດ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດ, ພາຍໄຕ້ກົດຫມາຍຂອງຮັດວິຊິຕັນ, ວ່າ:

1. ຄໍາຮຽງການທຸກໆຢ່າງທີ່ຂ້ອຍເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.
2. ຂ້ອຍບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການບັງຄັບເກັບເງິນລ້ຽງລູກຈາກຮັດອື່ນ.

ວັນທີ	ລາຍເຊັນ
-------	---------

ສິ່ງຟອມທີ່ຖືກຂຽນແລ້ວກັບຄືນໄປທີ່:

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
 ການບໍລິການ TTY/TDD ມີໄວ້ໃຫ້ສໍາລັບບຸກຄົນເສຍອົງຄະທາງປາກເວົ້າ ຫລື ການຟັງສຽງ.
 ເຂົ້າຢ້ຽມແວບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່: www.dshs.wa.gov/dcs

ຈະບໍ່ມີບຸກຄົນໃດ, ຍ້ອນວ່າພົວພັນ, ສື່ສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ລັດທິ, ສາສນາ, ເພດ, ອາຍຸ, ຫລື ຄວາມເສຍອົງຄະ, ຈະຖືກແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຢູ່ໃນວຽກງານ, ການບໍລິການ, ຫລື ແງ່ໃດແງ່ນຶ່ງຂອງກິຈກັມຂອງໂຄງການ. ຟອມໃບນີ້ໄວ້ໃຫ້ໃນຮູບແບບອື່ນຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍ.