

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

ارجاع حمایت از کودک
Child Support Referral

بخش حمایت از کودک (DCS) از اطلاعات شخصی و شماره تأمین اجتماعی شما جهت اجرای اهداف حمایت از کودک بنابر آنچه در باب چهارم-دی قانون تأمین اجتماعی تعریف شده است، استفاده خواهد کرد.

اطلاعات مربوط به والدین کودکان									
مادر کودکان					پدر کودکان				
نام (نام کوچک/میان نام/فامیل)					نام (نام کوچک/میان نام/فامیل)				
سایر نامها					سایر نامها				
صندوق پستی یا آدرس محل سکونت					صندوق پستی یا آدرس محل سکونت				
شهر		ایالت		شهر		ایالت		شهر	
شماره تلفن منزل		شماره تماس پیامکی		شماره تلفن همراه		تلفن پیام‌نگاری		شماره تلفن منزل	
()		()		()		()		()	
آدرس ایمیل					آدرس ایمیل				
شماره تأمین اجتماعی					شماره تأمین اجتماعی				
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)					تاریخ تولد (ماه/روز/سال)				
محل تولد (شهر/ شهرستان/ ایالت/ کشور)					محل تولد (شهر/ شهرستان/ ایالت/ کشور)				
نژاد		قد		وزن		رنگ مو		رنگ چشم	
زبان مادری (در صورت نیاز به مکاتبه به زبانی به غیر از انگلیسی)					زبان مادری (در صورت نیاز به مکاتبه به زبانی به غیر از انگلیسی)				
وابستگی قبیلای (در صورت وجود) <input type="checkbox"/> آیا در منطقه اختصاصی سرخپوستی زندگی می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					وابستگی قبیلای (در صورت وجود) <input type="checkbox"/> آیا در منطقه اختصاصی سرخپوستی زندگی می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله				
نام آخرین کارفرما					نام آخرین کارفرما				
صندوق پستی یا آدرس محل کار کارفرما					صندوق پستی یا آدرس محل کار کارفرما				
شهر کارفرما		ایالت		شهر کارفرما		ایالت		شهر کارفرما	
شماره تلفن کارفرما <input type="checkbox"/> آیا این یک کسب و کار قبیلای است؟ <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					شماره تلفن کارفرما <input type="checkbox"/> آیا این یک کسب و کار قبیلای است؟ <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله				
()					()				
نام پدر بزرگ مادری					نام پدر بزرگ مادری				
نام خانوادگی مادری مادر					نام خانوادگی مادری پدر				
محل اقامت کودکان									
کودک نامبرده در صفحه 2 با <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> پدر <input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید) زندگی می‌کند									
آیا در ایالت واشینگتن والدین غیر سرپرست همواره با کودکان زندگی کرده‌اند یا از آنها حمایت کرده‌اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله، چه تاریخی؟									
چند درصد از زمان را کودکان نامبرده در صفحه 2 با مادر زندگی کرده‌اند؟ درصد _____									
چند درصد از زمان را کودکان نامبرده در صفحه 2 با پدر زندگی کرده‌اند؟ درصد _____									
چند درصد از زمان را کودکان نامبرده در صفحه 2 با والدین غیر سرپرست زندگی کرده‌اند؟ درصد _____									
اگر کودکان با پدر یا مادر زندگی نمی‌کنند، این بخش را کامل کنید:									
نام					صندوق پستی یا آدرس محل سکونت				
شماره تأمین اجتماعی		تاریخ تولد		شهر		ایالت		شهر	
نسبت با کودکان		شماره تلفن منزل		شماره تماس پیامکی		شماره تلفن همراه		شماره تلفن همراه	
		()		()		()		()	
وابستگی قبیلای (در صورت وجود)					آیا در منطقه اختصاصی سرخپوستی زندگی می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				

اطلاعات مربوط به کودکانی که برای آنها درخواست حمایت کودک دارید

تتها نام کودکان والدین نامبرده در صفحه 1 را که در خانه شما زندگی می‌کنند، ذکر کنید. در صورت نیاز از برگه اضافی استفاده کنید.

نام کودک (نام کوچک/ میان‌نام/ فامیل)	جنسیت	شماره تأمین اجتماعی	آیا پدر اقرار بئوت را امضاء کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد (ماه/ روز/ سال)	محل تولد (شهر/ شهرستان/ ایالت/ کشور)	وابستگی قبیله‌ای (در صورت وجود)	
آیا مادر این کودک را در واشینگتن باردار شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر خیر، محل بارداری		
آیا تا کنون حکم حمایت برای این کودک صادر شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، تاریخ حکم کدام است؟ (ماه/ روز/ سال)	اگر بله، محلی که حکم وارد یا ثبت شده است (شهرستان/ ایالت/ قبیله)	
نام کودک (نام کوچک/ میان‌نام/ فامیل)	جنسیت	شماره تأمین اجتماعی	آیا پدر اقرار بئوت را امضاء کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد (ماه/ روز/ سال)	محل تولد (شهر/ شهرستان/ ایالت/ کشور)	وابستگی قبیله‌ای (در صورت وجود)	
آیا مادر این کودک را در واشینگتن باردار شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر خیر، محل بارداری		
آیا تا کنون حکم حمایت برای این کودک صادر شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، تاریخ حکم کدام است؟ (ماه/ روز/ سال)	اگر بله، محلی که حکم وارد یا ثبت شده است (شهرستان/ ایالت/ قبیله)	
نام کودک (نام کوچک/ میان‌نام/ فامیل)	جنسیت	شماره تأمین اجتماعی	آیا پدر اقرار بئوت را امضاء کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد (ماه/ روز/ سال)	محل تولد (شهر/ شهرستان/ ایالت/ کشور)	وابستگی قبیله‌ای (در صورت وجود)	
آیا مادر این کودک را در واشینگتن باردار شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر خیر، محل بارداری		
آیا تا کنون حکم حمایت برای این کودک صادر شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اگر بله، تاریخ حکم کدام است؟ (ماه/ روز/ سال)	اگر بله، محلی که حکم وارد یا ثبت شده است (شهرستان/ ایالت/ قبیله)	

اطلاعات مربوط به ازدواج والدین کودکان نامبرده در بالا

تاریخ ازدواج (ماه/ روز/ سال)	محل ازدواج (شهرستان/ ایالت)
تاریخ طلاق (ماه/ روز/ سال)	محل طلاق (شهرستان/ ایالت)
تاریخ جدایی (قبل از طلاق) (ماه/ روز/ سال)	محل جدایی (قبل از طلاق) (شهرستان/ ایالت)

حکم حفاظتی/ نگرانی‌های امنیتی

آیا حکم حفاظتی برقرار است یا نگرانی‌های امنیتی برای خود یا کودکانتان دارید؟ بله خیر

اطلاعات مربوط به کمک عمومی و پرداخت حمایتی (مستمری)

آیا شما یا کودکان نامبرده‌ی بالا تا کنون کمک عمومی از ایالت یا قبیله‌ی سرخپوستی دریافت کرده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اگر بله، مکان (شهرستان‌ها/ ایالت/ قبیله)
اگر بله، زمان (ماه‌ها/ سال‌ها)

اگر از والدین غیر سرپرست هزینه حمایت از کودک (مستمری) را دریافت می‌کنید، **اظهارنامه‌ی پرداخت‌های مستمری** را تکمیل کنید و آنرا به DCS بازگردانید. به پیوست تمامی حکم‌های مستمری را بفرستید.

اظهارنامه

موافقت می‌کنم که سریعاً، به صورت کتبی، هرگونه اطلاعات جدید یا تغییر اطلاعات مربوط به دریافت مستمری از طرف والدین مسؤل پرداخت مستمری را به DCS اطلاع رسانی کنم.

با عنایت به قانون مجازات و جرائم شهادت کذب، و قوانین ایالت واشینگتن صحت و درستی اطلاعات فوق را اعلام می‌کنم یا گواهی می‌دهم.

امضاء شده در _____، واشینگتن.

امضاء	تاریخ
-------	-------

هیچ شخصی نباید به خاطر نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، اعتقادات، مذهب، جنسیت، سن، یا ازکار افتادگی، در استخدام، بهره مندی از خدمات، یا هر جنبه‌ای از فعالیت‌های این برنامه مورد تبعیض واقع شود. در صورت درخواست این فرم با فرمت‌های دیگری در دسترس است.