

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

ალიმენტის შესახებ მიმართვა
Child Support Referral

ალიმენტების განყოფილება (DCS) თქვენს პირად ინფორმაციას და სოციალური დაზღვევის ნომერს გამოიყენებს ალიმენტის ამოღების მიზნებისთვის, როგორც განსაზღვრულია სოციალური დაზღვევის აქტის IV-D სათაურის თანახმად.

ინფორმაცია ბავშვების მშობლების შესახებ

ბავშვების დედა					ბავშვების მამა				
სახელი (სახელი / გვარი)					სახელი (სახელი / გვარი)				
სხვა გამოყენებული სახელები					სხვა გამოყენებული სახელები				
საფ. ყუთი ყუთის ან ქუჩის მისამართი					საფ. ყუთი ყუთის ან ქუჩის მისამართი				
ქალაქი	შტატი	საფოსტო კოდი			ქალაქი	შტატი	საფოსტო კოდი		
სახლის ტელეფონი ()	მესიჯის ტელეფონი ()	მობილური ტელეფონი ()			სახლის ტელეფონი ()	მესიჯის ტელეფონი ()	მობილური ტელეფონი ()		
ელ. ფოსტის მისამართი:					ელ. ფოსტის მისამართი:				
სოციალური დაზღვევის ნომერი		დაბადების თარიღი (თვე / დღე / წელი)			სოციალური დაზღვევის ნომერი		დაბადების თარიღი (თვე / დღე / წელი)		
დაბადების ადგილი (ქალაქი / ოლქი / შტატი / ქვეყანა)					დაბადების ადგილი (ქალაქი / ოლქი / შტატი / ქვეყანა)				
რასა	სიმაღლე	წონა	თმის ფერი	თვალის ფერი	რასა	სიმაღლე	წონა	თმის ფერი	თვალის ფერი
მშობლიური ენა (თუ საჭიროა კორესპონდენცია სხვა ენაზე, გარდა ინგლისურისა)					მშობლიური ენა (თუ საჭიროა კორესპონდენცია სხვა ენაზე, გარდა ინგლისურისა)				
გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)		არის თუ არა ინდიელთა რეზერვაციის მცხოვრები? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ			გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)		არის თუ არა ინდიელთა რეზერვაციის მცხოვრები? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ		
ბოლო დამქირავებლის სახელი					ბოლო დამქირავებლის სახელი				
დამქირავებლის საფ. ყუთი ყუთის ან ქუჩის მისამართი					დამქირავებლის საფ. ყუთი ყუთის ან ქუჩის მისამართი				
დამქირავებლის ქალაქი		შტატი	საფოსტო კოდი			დამქირავებლის ქალაქი		შტატი	საფოსტო კოდი
დამქირავებლის ტელეფონის ნომერი ()		არის ეს საოჯახო ბიზნესი? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> უცნ.			დამქირავებლის ტელეფონის ნომერი ()		არის ეს საოჯახო ბიზნესი? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> უცნ.		
დედის მამის სახელი		დედის დედის ქალიშვილობის სახელი			მამის მამის სახელი		მამის დედის ქალიშვილობის სახელი		

ბავშვების საცხოვრებელი ადგილი

მე-2 გვერდზე მითითებული ბავშვები ცხოვრობენ: დედასთან მამასთან სხვასთან (მიუთითეთ): _____

არამეურვე მშობელი როდესმე ცხოვრობდა თუ არა ბავშვებთან ან უზღიდა მათ ალიმენტს, ვაშინგტონის შტატში? არა დიახ თუ დიახ, როდის?

დროის რამდენ პროცენტს ცხოვრობენ მე-2 გვერდზე მითითებული ბავშვები დედასთან ერთად? _____ პროცენტი.

დროის რამდენ პროცენტს ცხოვრობენ მე-2 გვერდზე მითითებული ბავშვები მამასთან ერთად? _____ პროცენტი.

დროის რამდენ პროცენტს ცხოვრობენ მე-2 გვერდზე მითითებული ბავშვები არა მშობელ მეურვესთან ერთად? _____ პროცენტი.

თუ ბავშვები არ ცხოვრობენ დედასთან ან მამასთან ერთად, შეავსეთ ეს ნაწილი

თქვენი სახელი		თქვენი საფ. ყუთი ყუთის ან ქუჩის მისამართი		
თქვენი სოციალური დაზღვევის ნომერი	თქვენი დაბადების თარიღი	თქვენი ქალაქი	თქვენი შტატი	თქვენი საფოსტო კოდი
თქვენი ურთიერთობა ბავშვებთან		თქვენი სახლის ტელეფონი	თქვენი მესიჯის ტელეფონი	თქვენი მობილური ტელეფონი ()
თქვენი გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)		ხართ თუ არა ინდიელთა რეზერვაციის მცხოვრები? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ		

ინფორმაცია ბავშვების შესახებ, ვისთვისაც ალიმენტი გსურთ

მიუთითეთ მხოლოდ 1-ლ გვერდზე ჩამოთვლილი მშობლების შვილები რომლებიც თქვენს სახლში ცხოვრობენ.

ბავშვის სახელი (სახელი / გვარი)	სქესი	სოციალური დაზღვევის ნომერი	მამამ მოაწერა თუ არა ხელი მამობის აღიარებას? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ
დაბადების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	დაბადების ადგილი (ქალაქი / ოლქი / შტატი / ქვეყანა)		გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)
დედა ამ ბავშვზე ვაშინგტონის შტატში დაორსულდა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ		თუ არა, სად (ოლქი/შტატი):	
არსებობს თუ არა ალიმენტის შესახებ გადაწყვეტილება ამ ბავშვისთვის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ	თუ დიახ, გადაწყვეტილების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	თუ დიახ, გადაწყვეტილების მიღების ადგილი (ოლქი / შტატი / ტომი)	
ბავშვის სახელი (სახელი / გვარი)	სქესი	სოციალური დაზღვევის ნომერი	მამამ მოაწერა თუ არა ხელი მამობის აღიარებას? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ
დაბადების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	დაბადების ადგილი (ქალაქი / ოლქი / შტატი / ქვეყანა)		გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)
დედა ამ ბავშვზე ვაშინგტონის შტატში დაორსულდა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ		თუ არა, სად (ოლქი/შტატი):	
არსებობს თუ არა ალიმენტის შესახებ გადაწყვეტილება ამ ბავშვისთვის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ	თუ დიახ, გადაწყვეტილების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	თუ დიახ, გადაწყვეტილების მიღების ადგილი (ოლქი / შტატი / ტომი)	
ბავშვის სახელი (სახელი / გვარი)	სქესი	სოციალური დაზღვევის ნომერი	მამამ მოაწერა თუ არა ხელი მამობის აღიარებას? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ
დაბადების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	დაბადების ადგილი (ქალაქი / ოლქი / შტატი / ქვეყანა)		გვაროვნული კუთვნილება (თუ არსებობს)
დედა ამ ბავშვზე ვაშინგტონის შტატში დაორსულდა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ		თუ არა, სად (ოლქი/შტატი):	
არსებობს თუ არა ალიმენტის შესახებ გადაწყვეტილება ამ ბავშვისთვის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ	თუ დიახ, გადაწყვეტილების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	თუ დიახ, გადაწყვეტილების მიღების ადგილი (ოლქი / შტატი / ტომი)	

ინფორმაცია ზემოთ მითითებული ბავშვების მშობლების ქორწინების შესახებ

ქორწინების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	ქორწინების ადგილი (ოლქი / შტატი)
განქორწინების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	განქორწინების ადგილი (ოლქი / შტატი)
გაშორების თარიღი (თვე / დღე / წელი)	გაშორების ადგილი (ოლქი / შტატი)

აღმკვეთი ბრძანება / უსაფრთხოების პრობლემები

გაცემულია თუ არა აღმკვეთი ბრძანება / დაცვის ორდერი თუ თქვენ ან თქვენს ბავშვებს გაქვთ უსაფრთხოების პრობლემები? არა დიახ

ინფორმაცია სახელმწიფო შემწეობისა და ალიმენტის გადახდის შესახებ.

თქვენ ან ზემოთ მითითებულ ბავშვებს ოდესმე მიგიღიათ თუ არა შემწეობა შტატის ან ინდიელთა ტომისგან? არა დიახ

თუ დიახ, სად (ოლქი(ებ)ი / შტატ(ებ)ი / ტომ(ებ)ი)	თუ დიახ, როდის (თვეები / წლები)
---	---------------------------------

თუ მიიღეთ ალიმენტი არამეურვე მშობლისგან, შეავსეთ **ალიმენტის გადახდების დეკლარაცია** და დაუბრუნეთ ის ალიმენტების განყოფილებას. **დაურთეთ ალიმენტის შესახებ ყველა გადაწყვეტილების ასლები.**

დეკლარაცია

თანახმა ვარ, რომ ალიმენტების განყოფილებას დაუყოვნებლივ, წერილობითი ფორმით ვაცნობო ნებისმიერი ახალი ან შეცვლილი ინფორმაციის შესახებ, რომელიც უკავშირდება ალიმენტის ამოღებას ალიმენტის გადახდაზე პასუხისმგებელი მშობლისგან. ვადასტურებ ან ვაცხადებ, ვაშინგტონის შტატის ცრუმოწმეობის ჯარიმის შესახებ კანონის შესაბამისად, რომ აღნიშნული არის სიმართლე და სწორია.

ხელმოწერილია _____, ვაშინგტონში.

ხელმოწერა	თარიღი
-----------	--------

არც ერთი პირი, მისი რასის, ფერის, ეროვნების, სარწმუნოების, რელიგიის, სქესის, ასაკის, ან შრომისუნარობის გამო არ განიცდის დისკრიმინაციას დასაქმებაში, მომსახურებაში, ან პროგრამის საქმიანობის რომელიმე ასპექტში. წინამდებარე ფორმა ხელმისაწვდომია ალტერნატიულ ფორმატებში, მოთხოვნისამებრ