

養育費支援照会  
Child Support Referral

養育費課(DCS)は、ソーシャルセキュリティ法、第IV-D章に定められている養育費支援履行目的にあなたの個人情報およびソーシャルセキュリティ番号を利用いたします。

児童の両親に関する情報											
母親						父親					
氏名：名/ミドルネーム/姓						氏名：名/ミドルネーム/姓					
使用したことがある別名						使用したことがある別名					
郵便ボックスあるいは住所						郵便ボックスあるいは住所					
市町村		州		郵便番号		市町村		州		郵便番号	
自宅電話番号 ( )		留守番電話番号 ( )		携帯電話 ( )		自宅電話番号 ( )		留守番電話番号 ( )		携帯電話 ( )	
Eメールアドレス						Eメールアドレス					
ソーシャルセキュリティ番号				生年月日(月/日/年)		ソーシャルセキュリティ番号				生年月日(月/日/年)	
出生地(市/群/州/国)						出生地(市/群/州/国)					
人種		身長		体重		髪の毛の色		目の色		目の色	
母国語(英語以外での通知を必要とする場合)						母国語(英語以外での通知を必要とする場合)					
部族(該当する場合のみ)			インディアンレザベーションに在住ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			部族(該当する場合のみ)			インディアンレザベーションに在住ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
最後の雇用先						最後の雇用先					
雇用先の郵便ボックスまたは所在地						雇用先の郵便ボックスまたは所在地					
雇用先の市		州		郵便番号		雇用先の市		州		郵便番号	
雇用先の電話番号 ( )		これは部族経営事業ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明				雇用先の電話番号 ( )		これは部族経営事業ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明			
母親の父親の氏名			母親の母親の旧姓			父親の父親の氏名			父親の母親の旧姓		
児童の住居											
2頁目に指定されている児童は次と暮らしている： <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> その他(要指定): _____											
親権を持たぬ親はワシントン州内において、児童と共に暮らすあるいは養育支援を提供するか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」と答えた場合、その時期を指定してください。											
2頁目の児童が母親と共に暮らす割合： _____ パーセント											
2頁目の児童が父親と共に暮らす割合： _____ パーセント											
2頁目の児童が両親以外の保護者と共に暮らす割合： _____ パーセント											
児童が母親あるいは父親と共に暮らしていない場合、本項への記入はお控えください											
あなたの氏名						あなたの郵便ボックスまたは住所					
あなたのソーシャルセキュリティ番号				あなたの生年月日		あなたの市町村		あなたの州		あなたの郵便番号	
児童との縁						あなたの自宅電話番号 ( )		あなたの留守番電話番号 ( )		あなたの携帯番号 ( )	
あなたの部族(該当する場合のみ)						あなたはインディアンレザベーションに在住ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					

**養育費支援を希望する児童に関する情報**

1 頁目に記入されている親の児童の内、あなたの自宅に暮らしている児童のみ記入してください。必要であれば別紙を使用してください。

児童の氏名(名/ミドルネーム/姓)		性別	ソーシャルセキュリティ番号	父親は父であること 了承書に署名しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生年月日(月/日/年)	出生地(市/群州/国)		部族(該当する場合のみ)	
母親は、この児童を懐妊した際ワシントン州在住でしたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			「いいえ」と答えた場合、妊娠時の居住地(群州)：	
本児童への支援命令が発行されていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		「はい」と答えた場合、命令の発行日 (月/日/年)		「はい」の場合、命令が発行された管轄(群州/部族)
児童の氏名(名/ミドルネーム/姓)		性別	ソーシャルセキュリティ番号	父親は父であること 了承書に署名しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生年月日(月/日/年)	出生地(市/群州/国)		部族(該当する場合のみ)	
母親は、この児童を懐妊した際ワシントン州在住でしたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			「いいえ」と答えた場合、妊娠時の居住地(群州)：	
本児童への支援命令が発行されていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		「はい」と答えた場合、命令の発行日 (月/日/年)		「はい」の場合、命令が発行された管轄(群州/部族)
児童の氏名(名/ミドルネーム/姓)		性別	ソーシャルセキュリティ番号	父親は父であること 了承書に署名しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生年月日(月/日/年)	出生地(市/群州/国)		部族(該当する場合のみ)	
母親は、この児童を懐妊した際ワシントン州在住でしたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			「いいえ」と答えた場合、妊娠時の居住地(群州)：	
本児童への支援命令が発行されていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		「はい」と答えた場合、命令の発行日 (月/日/年)		「はい」の場合、命令が発行された管轄(群州/部族)

**上記の児童の親の婚姻情報**

婚姻日付(月/日/年)	婚姻場所(群州)
離婚日付(月/日/年)	離婚場所(群州)
離縁日付(月/日/年)	離縁場所(群州)

**接近禁止命令/安全問題**

接近禁止命令/保護命令が発効されていますか、またはあなたあるいはあなたの児童に関する安全への懸念をお持ちですか?  いいえ  はい

**公的福祉・支援支払い情報**

あなたまたは上記の児童が州または部族から公的支援を受給したことがありますか?  いいえ  はい

「はい」と答えた場合、場所をお答えください。(群州/部族) \_\_\_\_\_ 「はい」の場合、何時(月/年度) \_\_\_\_\_

親権を持たない親から養育支援を受給している場合、**支援支払い受給宣言書**を記入し、DCS まで返信してください。全ての支援命令の控えを添付してください。

**宣言**

養育費支払い義務を持つ親からの養育費を収集することに関する情報への変化が起こった場合、DCS へ書面で直ちに通知することに同意いたします。

私は ワシントン州法下の偽証罪に処する条件で 前述が正当で正しいことであると誓います。

にて署名 \_\_\_\_\_ ワシントン州

署名	日付
----	----

雇用、サービス、もしくは当プログラムの活動のいかなる面においても、人種、肌の色、国籍、信条、宗教、性別、年齢、障害の有無によって差別されることはありません。この用紙は、ご希望により異なる書式をご利用いただけます。