

**बाल सहायता सन्दर्भ**  
**Child Support Referral**

बाल सहायता डिभिजन (DCS) ले सामाजिक सुरक्षा ऐनको शीर्षक IV-D मा परिभाषित गरिए अनुरूप बाल सहायता प्रवर्तन गर्ने उद्देश्यहरूका लागि तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी तथा सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रयोग गर्नेछ।

**बालबालिकाका अभिभावकहरूको बारेमा जानकारी**

| बालबालिकाको आमा   |                   |  |                               |           | बालबालिकाको बाबा  |                   |  |                               |           |
|---|-------------------|--|-------------------------------|-----------|---|-------------------|--|-------------------------------|-----------|
| नाम (पहिलो / बीचको / अन्तिम)                            |                   |  |                               |           | नाम (पहिलो / बीचको / अन्तिम)                            |                   |  |                               |           |
| प्रयोग भएका अन्य नामहरू                                 |                   |  |                               |           | प्रयोग भएका अन्य नामहरू                                 |                   |  |                               |           |
| पोस्ट बाक्स वा स्ट्रिट ठेगाना                           |                   |  |                               |           | पोस्ट बाक्स वा स्ट्रिट ठेगाना                           |                   |  |                               |           |
| सहर   |                   | राज्य  | ZIP कोड                       |           | सहर   |                   | राज्य  | ZIP कोड                       |           |
| घरको फोन<br>( )   | सन्देश फोन<br>( ) |  | सेल फोन<br>( )                |           | घरको फोन<br>( )   | सन्देश फोन<br>( ) |  | सेल फोन<br>( )                |           |
| इ-मेल ठेगाना  |                   |  |                               |           | इ-मेल ठेगाना  |                   |  |                               |           |
| सामाजिक सुरक्षा नम्बर                                   |                   |  | जन्ममिति (महिना / दिन / वर्ष) |           | सामाजिक सुरक्षा नम्बर                                   |                   |  | जन्ममिति (महिना / दिन / वर्ष) |           |
| जन्मेको ठाउँ (सहर / काउन्टी / राज्य / राष्ट्र)          |                   |  |                               |           | जन्मेको ठाउँ (सहर / काउन्टी / राज्य / राष्ट्र)          |                   |  |                               |           |
| जाति  | उचाइ              | तौल  | कपालको रङ                     | आँखाको रङ | जाति  | उचाइ              | तौल  | कपालको रङ                     | आँखाको रङ |
| मातृ भाषा (अङ्ग्रेजी बाहेक अन्यमा पत्राचार आवश्यक भएमा) |                   |  |                               |           | मातृ भाषा (अङ्ग्रेजी बाहेक अन्यमा पत्राचार आवश्यक भएमा) |                   |  |                               |           |
| जनजातिय संबद्धता (छ भने)                                |                   | भारतीय आरक्षणमा बस्छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो                               |                               |           | जनजातिय संबद्धता (छ भने)                                |                   | भारतीय आरक्षणमा बस्छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो                               |                               |           |
| जात भएको पछिल्लो रोजगारदाताको नाम                       |                   |  |                               |           | जात भएको पछिल्लो रोजगारदाताको नाम                       |                   |  |                               |           |
| रोजगारदाताको पोस्ट बाक्स वा स्ट्रिट ठेगाना              |                   |  |                               |           | रोजगारदाताको पोस्ट बाक्स वा स्ट्रिट ठेगाना              |                   |  |                               |           |
| रोजगारदाताको सहर  |                   |  | राज्य                         | ZIP कोड   | रोजगारदाताको सहर  |                   |  | राज्य                         | ZIP कोड   |
| रोजगारदाताको टेलिफोन नम्बर<br>( )                       |                   | यो जनजातिय व्यवसाय हो?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> UNK |                               |           | रोजगारदाताको टेलिफोन नम्बर<br>( )                       |                   | यो जनजातिय व्यवसाय हो?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> UNK |                               |           |
| आमाको बुबाको नाम  |                   | आमाको आमाको विवाहपूर्वको नाम   |                               |           | बुबाको बुबाको नाम                                       |                   | बुबाको आमाको विवाहपूर्वको नाम  |                               |           |

**बालबालिकाको वासस्थान**

पृष्ठ 2 मा सूचीबद्ध गरिएका बालबालिका कोसँग बस्छन्:  आमा  बाबा  अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_

असंरक्षक अभिभावक वासिङ्टन राज्यका बालबालिकाहरूसँग कहिल्यै बसेका थिए वा तिनीहरूलाई सहायता उपलब्ध गराएका थिए?  होइन  हो भने कहिले?

पृष्ठ 2 सूचीबद्ध गरिएका कति प्रतिशत बालबालिका आफ्नो आमासँग बस्छन्? \_\_\_\_\_ प्रतिशत।

पृष्ठ 2 सूचीबद्ध गरिएका कति प्रतिशत बालबालिका आफ्नो बाबासँग बस्छन्? \_\_\_\_\_ प्रतिशत।

पृष्ठ 2 सूचीबद्ध गरिएका कति प्रतिशत बालबालिका आफ्नो बुबासँग बस्छन्? \_\_\_\_\_ प्रतिशत।

**बालबालिका आफ्नो आमा वा बाबासँग बस्दैन भने यो खण्ड परा गर्नहोस्**

|                                  |  |                                       |                        |                 |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|-----------------|
| तपाईंको नाम                      |  | तपाईंको पोस्ट बाक्स वा स्ट्रिट ठेगाना |                        |                 |
| तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर    | तपाईंको जन्ममिति   | तपाईंको सहर                           | तपाईंको राज्य          | तपाईंको ZIP कोड |
| तपाईं र बालबालिकाबीचको सम्बन्ध   | तपाईंको घरको फोन<br>( )  | तपाईंको सन्देश फोन<br>( )             | तपाईंको सेल फोन<br>( ) |                 |
| तपाईंको जनजातिय संबद्धता (छ भने) | तपाईंको भारतीय आरक्षणमा बस्नुहुन्छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |                                       |                        |                 |

**तपाईंले बाल सहायताको लागि चाहना गरेको बालबालिकाको बारेमा जानकारी**

**पृष्ठ 1 मा सुचिबद्ध गरिएका बालबालिकाका अभिभावकहरूको मात्र सूची बनाउनुहोस् जो तपाईंको घरमा बस्छन्। आवश्यक परेमा थप पाना प्रयोग गर्नुहोस्।**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| बच्चाको नाम (पहिलो / बीचको / अन्तिम)   | लिङ्ग  | सामाजिक सुरक्षा नम्बर                                  | बुबाले पितृत्व बोध हस्ताक्षर गर्नुभयो? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |
| जन्ममिति (महिना / दिन / वर्ष)  | जन्मेको ठाउँ (सहर / काउन्टी / राज्य / राष्ट्र) |  | जनजातिय संबद्धता (छ भने)   |
| आमा वासिङ्टन राज्यमा यस बच्चाको गर्भवती हुनुहुन्छ्यो?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |  |  | होइन भने त्यसोभए कहाँ (काउन्टी/राज्य):   |
| यस बच्चाको लागि त्यहाँ केही सहायता आदेश छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो            | हो भने आदेशको मिति (महिना / दिन / वर्ष)        | हो भने आदेश प्रविष्ट गरिएको (काउन्टी / राज्य / जनजाति) |  |
| बच्चाको नाम (पहिलो / बीचको / अन्तिम)   | लिङ्ग  | सामाजिक सुरक्षा नम्बर                                  | बुबाले पितृत्व बोध हस्ताक्षर गर्नुभयो? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |
| जन्ममिति (महिना / दिन / वर्ष)  | जन्मेको ठाउँ (सहर / काउन्टी / राज्य / राष्ट्र) |  | जनजातिय संबद्धता (छ भने)   |
| आमा वासिङ्टन राज्यमा यस बच्चाको गर्भवती हुनुहुन्छ्यो?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |  |  | होइन भने त्यसोभए कहाँ (काउन्टी/राज्य):   |
| यस बच्चाको लागि त्यहाँ केही सहायता आदेश छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो            | हो भने आदेशको मिति (महिना / दिन / वर्ष)        | हो भने आदेश प्रविष्ट गरिएको (काउन्टी / राज्य / जनजाति) |  |
| बच्चाको नाम (पहिलो / बीचको / अन्तिम)   | लिङ्ग  | सामाजिक सुरक्षा नम्बर                                  | बुबाले पितृत्व बोध हस्ताक्षर गर्नुभयो? <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |
| जन्ममिति (महिना / दिन / वर्ष)  | जन्मेको ठाउँ (सहर / काउन्टी / राज्य / राष्ट्र) |  | जनजातिय संबद्धता (छ भने)   |
| आमा वासिङ्टन राज्यमा यस बच्चाको गर्भवती हुनुहुन्छ्यो?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो |  |  | होइन भने त्यसोभए कहाँ (काउन्टी/राज्य):   |
| यस बच्चाको लागि त्यहाँ केही सहायता आदेश छ?<br><input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> हो            | हो भने आदेशको मिति (महिना / दिन / वर्ष)        | हो भने आदेश प्रविष्ट गरिएको (काउन्टी / राज्य / जनजाति) |  |

**माथि सूचीबद्ध गरिएका बालबालिकाका अभिभावकहरूको वैवाहिक जानकारी**

|  |   |
|--|---|
| विवाह भएको मिति (महिना / दिन / वर्ष)           | विवाह भएको ठाउँ (काउन्टी / राज्य)           |
| सम्बन्ध विच्छेद भएको मिति (महिना / दिन / वर्ष) | सम्बन्ध विच्छेद भएको ठाउँ (काउन्टी / राज्य) |
| छुट्टिएको मिति (महिना / दिन / वर्ष)            | छुट्टिएको ठाउँ (काउन्टी / राज्य)            |

**सुरक्षा निषेध आदेश / सुरक्षा सरोकारहरू**

त्यहाँ सुरक्षा निषेध / सुरक्षा आदेश ठाउँ छ वा तपाईंसँग आफू वा आफ्ना बालबालिकाको लागि सुरक्षा सरोकारहरू छन्?  होइन  हो

**सार्वजनिक सहयोग तथा सहायता भुक्तान जानकारी**

तपाईं वा माथि सूचीबद्ध गरिएका बालबालिकाले राज्य वा भारतीय जनजातिबाट कहिल्यै सार्वजनिक सहयोग प्राप्त गर्नुभएको छ?  होइन  हो

हो भने कहाँ (काउन्टीहरू / राज्यहरू / जनजातिहरू) हो भने कहिले (महिना / वर्ष)

**तपाईंले असंरक्षित अभिभावकहरूबाट बाल सहायता प्राप्त गर्नुभयो भने सहायता भुक्तानहरूको घोषणापत्र पूरा गर्नुहोस् र यसलाई DCS मा फिर्ता गर्नुहोस्। सबै सहायता आदेशहरूको प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस्।**

**घोषणा**

म भुक्तान सहायताको लागि अभिभावक उत्तरदायीबाट सहायता सङ्कलन गर्नसँग सम्बन्धित कुनैपनि नयाँ वा परिवर्तन भएका जानकारीको बारेमा लिखित रूपमा तुरुन्तै DCS लाई भन्ने कुरामा सहमत छु।

मैले झूठो बयानको लागि दण्ड अनुरूप वासिङ्टन राज्यको कानूनहरू अन्तर्गत माथि उल्लिखित कुराहरू सत्य र सही छन् भनी प्रमाणित वा घोषणा गर्छु।

हस्ताक्षर गरिएको ठाउँ \_\_\_\_\_, वासिङ्टन

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

कुनैपनि व्यक्तिलाई जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, सम्प्रदाय, धर्म, लिङ्ग, उमेर वा असक्षमताको कारणद्वारा रोजगार, सेवाहरू वा कार्यक्रमको क्रियाकलापहरूको कुनै पक्षको विरुद्धमा विभेद गरिनेछैन। यो फाराम अनुरोध गरिएमा वैकल्पिक ढाँचाहरूमा उपलब्ध हुन्छ