

Skierowanie związane z alimentami na rzecz dzieci
Child Support Referral

Oddział Alimentów na Rzecz Dzieci wykorzysta dane osobowe i numer ubezpieczenia społecznego do celów egzekwowania alimentów na rzecz dzieci, zgodnie z Rozdziałem IV-D Ustawy o ubezpieczeniach społecznych.

Informacje o rodzicach dzieci

Matka dzieci					Ojciec dzieci				
IMIONA I NAZWISKA					IMIONA I NAZWISKA				
INNE UŻYWANE NAZWISKA					INNE UŻYWANE NAZWISKA				
ADRES P.O. BOX LUB ADRES					ADRES P.O. BOX LUB ADRES				
MIEJSCOWOŚĆ			STAN	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ			STAN	KOD POCZTOWY
TELEFON DOMOWY ()	TELEFON KONTAKTOWY ()		TELEFON KOMÓRKOWY ()		TELEFON DOMOWY ()	TELEFON KONTAKTOWY ()		TELEFON KOMÓRKOWY ()	
ADRES E-MAIL					ADRES E-MAIL				
NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO			DATA URODZENIA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)		NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO			DATA URODZENIA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	
MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ/HRABSTWO/STAN/PANSTWO)					MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ/HRABSTWO/STAN/PANSTWO)				
RASA	WZROST	WAGA	KOLOR WŁOSÓW	KOLOR OCZU	RASA	WZROST	WAGA	KOLOR WŁOSÓW	KOLOR OCZU
JĘZYK OJCZYSTY (JEŻELI KORESPONDENCJA MA BYĆ PROWADZONA W JĘZYKU INNYM NIŻ ANGIELSKI)					JĘZYK OJCZYSTY (JEŻELI KORESPONDENCJA MA BYĆ PROWADZONA W JĘZYKU INNYM NIŻ ANGIELSKI)				
PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)			CZY RODZIC MIESZKA W REZERWACIE DLA INDIAN? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)			CZY RODZIC MIESZKA W REZERWACIE DLA INDIAN? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
NAZWA OSTATNIEGO ZNANEGO PRACODAWCY					NAZWA OSTATNIEGO ZNANEGO PRACODAWCY				
ADRES P.O. BOX LUB ADRES PRACODAWCY					ADRES P.O. BOX LUB ADRES PRACODAWCY				
MIEJSCOWOŚĆ PRACODAWCY			STAN	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ PRACODAWCY			STAN	KOD POCZTOWY
NUMER TELEFONU PRACODAWCY ()			CZY TO JEST BIZNES PLEMIENNY? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO		NUMER TELEFONU PRACODAWCY ()			CZY TO JEST BIZNES PLEMIENNY? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE WIADOMO	
IMIONA I NAZWISKA OJCA MATKI			IMIĘ PANIEŃSKIE MATKI MATKI		IMIONA I NAZWISKA OJCA OJCA			IMIĘ PANIEŃSKIE MATKI OJCA	

Miejsce zamieszkania dzieci

Dzieci wymienione na stronie 2 mieszkają z: Matką Ojcem Inną osobą (określić): _____

Czy rodzic niesprawujący opieki nad dzieckiem kiedykolwiek mieszkał lub płacił alimenty na dzieci w Stanie Waszyngton? Nie Tak Jeżeli tak, to kiedy?

Jaki procent czasu dzieci wymienione na stronie 2 mieszkają z matką? ____ procent.

Jaki procent czasu dzieci wymienione na stronie 2 mieszkają z ojcem? ____ procent.

Jaki procent czasu dzieci wymienione na stronie 2 mieszkają z opiekunem prawnym nie będącym rodzicem? ____ procent.

Jeżeli dzieci nie mieszkają ani z matką, ani z ojcem, należy wypełnić niniejszą sekcję

PAŃSTWA IMIĘ I NAZWISKO			PAŃSTWA P.O. BOX LUB ADRES		
PAŃSTWA NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)		PAŃSTWA DATA URODZENIA	PAŃSTWA MIEJSCOWOŚĆ	PAŃSTWA STAN	PAŃSTWA KOD POCZTOWY
ZWIĄZEK ŁĄCZĄCY PAŃSTWA Z DZIEĆMI			PAŃSTWA TELEFON DOMOWY ()	PAŃSTWA TELEFON KONTAKTOWY ()	PAŃSTWA TELEFON KOMÓRKOWY ()
PAŃSTWA PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)			CZY MIESZKAJĄ PAŃSTWO W REZERWACIE INDIAN? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		

Informacje o dzieciach, dla których ubiegają się Państwo o alimenty

Należy wymienić wyłącznie dzieci rodziców wymienionych na stronie 1, które mieszkają w Państwa domu. W razie potrzeby użyć arkusza uzupełniającego.

IMIONA I NAZWISKA DZIECKA	PŁEĆ	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)	CZY OJCIEC PODPISAŁ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UZNANIE OJCOSTWA? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
DATA URODZENIA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ/HRABSTWO/STAN/PAŃSTWO)		PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)
CZY MATKA ZASZŁA W CIAŻĘ W STANIE WASZYNGTON? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		JEŻELI NIE, TO GDZIE (HRABSTWO/STAN):	
CZY DLA TEGO DZIECKA ZOSTAŁ WYDANY NAKAZ ALIMENTACYJNY? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	JEŻELI TAK, Podać datę nakazu (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	JEŻELI TAK, MIEJSCE, W KTÓRYM WYDANO NAKAZ (HRABSTWO/STAN/PLEMIĘ)	

IMIONA I NAZWISKA DZIECKA	PŁEĆ	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)	CZY OJCIEC PODPISAŁ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UZNANIE OJCOSTWA? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
DATA URODZENIA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ/HRABSTWO/STAN/PAŃSTWO)		PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)
CZY MATKA ZASZŁA W CIAŻĘ W STANIE WASZYNGTON? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		JEŻELI NIE, TO GDZIE (HRABSTWO/STAN):	
CZY DLA TEGO DZIECKA ZOSTAŁ WYDANY NAKAZ ALIMENTACYJNY? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	JEŻELI TAK, Podać datę nakazu (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	JEŻELI TAK, MIEJSCE, W KTÓRYM WYDANO NAKAZ (HRABSTWO/STAN/PLEMIĘ)	

IMIONA I NAZWISKA DZIECKA	PŁEĆ	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)	CZY OJCIEC PODPISAŁ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UZNANIE OJCOSTWA? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
DATA URODZENIA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE URODZENIA (MIEJSCOWOŚĆ/HRABSTWO/STAN/PAŃSTWO)		PRZYNALEŻNOŚĆ PLEMIENNA (JEŻELI DOTYCZY)
CZY MATKA ZASZŁA W CIAŻĘ W STANIE WASZYNGTON? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		JEŻELI NIE, TO GDZIE (HRABSTWO/STAN):	
CZY DLA TEGO DZIECKA ZOSTAŁ WYDANY NAKAZ ALIMENTACYJNY? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	JEŻELI TAK, Podać datę nakazu (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	JEŻELI TAK, MIEJSCE, W KTÓRYM WYDANO NAKAZ (HRABSTWO/STAN/PLEMIĘ)	

Informacje o małżeństwie rodziców dzieci wymienionych powyżej

DATA ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE ZAWARCIA MAŁŻEŃSTWA (HRABSTWO/STAN)
DATA ROZWODU (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE ROZWODU (HRABSTWO/STAN)
DATA SEPARACJI (MIESIĄC/DZIEŃ/ROK)	MIEJSCE SEPARACJI (HRABSTWO/STAN)

Zakaz zbliżania się / Kwestie bezpieczeństwa

Czy obowiązuje zakaz zbliżania się / nakaz ochrony lub czy mają Państwo obawy o bezpieczeństwo swoje lub swoich dzieci?
 NIE TAK

Informacje na temat pomocy ze środków publicznych i płatności alimentów

Czy Państwo lub dzieci wymienione powyżej kiedykolwiek otrzymywaliście pomoc ze środków publicznych od stanu lub plemienia Indian? NIE TAK

JEŻELI TAK, TO GDZIE (HRABSTWA/STANY/PLEMIONA)	JEŻELI TAK, TO KIEDY (MIESIĄCE/LATA)
--	--------------------------------------

Jeśli otrzymywali Państwo alimenty na dziecko od rodzica niesprawującego opieki nad dzieckiem, należy wypełnić **Oświadczenie w sprawie płatności alimentów** i przesłać je do DCS. **Dołączyć kopie wszystkich nakazów alimentacyjnych.**

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na natychmiastowe powiadomienie DCS o wszelkich nowych lub zmienionych informacjach dotyczących alimentów od rodzica odpowiedzialnego za ich płatność.
Pod karą krzywoprzysięstwa oświadczam i potwierdzam, że zgodnie z prawem Stanu Waszyngton powyższe dane są prawdziwe i prawidłowe.

Podpisano w _____, Stan Waszyngton.

PODPIS	DATA
--------	------

Żadna osoba nie może być dyskryminowana ze względu na rasę, kolor, pochodzenie narodowe, wyznanie, religię, seks, wiek lub niepełnosprawność w ramach zatrudnienia, usług lub dowolnego innego aspektu działalności programu. Na życzenie ten formularz jest dostępny w innym formacie.