

Запрос о предоставлении адреса
Address Disclosure Request
(RCW 26.23.120, WAC 388-14A-2107)

Инструкции

Заполните эту форму и верните в Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) по адресу, указанному на стр. 2.

1. Если вы направляете эту форму в отдел DCS по почте или факсу, то ее необходимо заверить нотариально.
2. Если вы лично доставите эту форму в отдел DCS, нотариальное заверение не нужно. Вы должны будете представить отделу DCS документ, удостоверяющий, что вы - то самое лицо, чья подпись стоит на этой форме.
3. Если эту форму подпишет и отправит в отдел DCS по почте или факсу ваш адвокат, нотариальное заверение не нужно.

Отметьте ниже те поля, которые относятся к вашему запросу. **За исключением своей подписи, заполните все ответы печатными буквами. Пользуйтесь только синими или черными чернилами.**

Запрос

1. Прошу предоставить мне последний известный адрес противоположной стороны (указанной ниже) в рамках распоряжения о выплате алиментов по моему делу. Эта информация необходима мне, для того чтобы суд вынес, привел в исполнение или изменил распоряжение о выплате алиментов.
2. Прошу предоставить мне последний известный адрес места работы противоположной стороны (указанной ниже) в рамках распоряжения о выплате алиментов по моему делу. Эта информация необходима мне, для того чтобы суд вынес, привел в исполнение или изменил распоряжение о выплате алиментов.
3. Прошу предоставить мне последний известный адрес ребята, указанных ниже, в целях исполнения условий судебного постановления по моему делу, касающихся права на посещение, права опеки или временного проживания с детьми. Мое право на посещение детей, опеку над детьми или проживание с детьми не ограничено какими-либо судебными постановлениями.
 - a. Я уже предоставил(а) отделу DCS копию последнего постановления суда. Это постановление дает мне право на посещение, право опеки или проживания с ребенком (детьми). Мои права не изменились с момента вынесения этого постановления.
 - b. Копия последнего судебного постановления прилагается. Это постановление дает мне право на посещение, право опеки или проживания с ребенком (детьми). Мои права не изменились с момента вынесения этого постановления.
4. Прошу предоставить мне последний известный адрес противоположной стороны (названной ниже) в рамках распоряжения о выплате алиментов по моему делу. Эта информация необходима мне для составления плана воспитания ребята, указанных ниже.

МОЕ ПОЛНОЕ ИМЯ

МОЙ АДРЕС: А/Я ИЛИ УЛИЦА И НОМЕР ДОМА

МОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЛНОЕ ИМЯ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ В РАМКАХ
РАСПОРЯЖЕНИЯ О ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ ПО МОЕМУ ДЕЛУ/
ОПЕКУН ДЕТЕЙ

()

МОЙ ТЕЛЕФОН (УКАЖИТЕ КОД ГОРОДА)

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

Подпись

Я понимаю, что законодательство штата Вашингтон не разрешает мне разглашать информацию, запрашиваемую на стр. 1, за исключением случаев, когда эта информация необходима в рамках судебного производства по делу, в целях ведения которого и запрашивается данная информация.

ДАТА

МОЯ ПОДПИСЬ ИЛИ ПОДПИСЬ МОЕГО АДВОКАТА

нотариальное заверение

штата _____

округе _____

Подпись или подтвержденных передо мной на _____, _____.

ПОДПИСЬ

ДОЛЖНОСТЬ

Мое сертификации истекает _____

Почта заполненную форму:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Для звонков в пределах зоны с кодом местности Olympia : (360) 664-5000
Для звонков из-за пределов зоны с кодом местности Olympia : (800) 457-6202
Факсу: 866-668-9518

Люди с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом / слуховым аппаратом (TTY/TDD).
Посетите наш сайт в Интернете по адресу: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

При ответе укажите номера дел:

В рамках трудоустройства, предоставления услуг или реализации какого-либо аспекта программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту или возможной инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.