Washington State Department of Social & Health Services

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

برنامه معرفی پشتیبانی کودک

CHILD SUPPORT REFERRAL

بخش حمایت از کودکان از اطلاعات شخصی و شماره تامین اجتماعی شما جهت اهداف اجرایی حمایت از کودکان بصورت تعریف شده در عنوان قانون تامین اجتماعی IV-D استفاده خواهد نمود.

الف. اطلاعات در مورد والدین کودکان

مادر کودکان					پدر کودکان				
نام و نام خانوادگی (نام/ نام وسط/خانوادگی):					نام و نام خانوادگی (نام/ نام وسط/خانوادگی):				
سایر نامهایی که استفاده می شود:					سایر نامهایی که استفاده می شود:				
صندوق پستی یا نشانی خیابان:					صندوق پستی یا نشانی خیابان:				
کد منطقه:	ایالت:	شهر:			کد منطقه:	ایالت:	شهر:		
شماره تلفن پیام ( )	شماره تلفن منزل				شماره تلفن پیام ( )	شماره تلفن منزل ( )			
نشانی پست الکترونیکی					نشانی پست الکترونیکی				
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تامین اجتماعی				تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تامین اجتماعی:			
محل تولد (کشور/ایالت/بخش/شهر)					محل تولد (کشور/ایالت/بخش/شهر)				
رنگ چشم	رنگ مو	وزن	قد	نژاد	رنگ چشم	رنگ مو	وزن	قد	نژاد
زبان مادری (اگر برای مکاتبه به زبان دیگر بغیر از انگلیسی نیاز باشد)					زبان مادری (اگر برای مکاتبه به زبان دیگر بغیر از انگلیسی نیاز باشد)				
در صورتی که در یک قبیله سرخ پوستی ثبت نام کرده اید، نام قبیله را ذکر کنید					در صورتی که در یک قبیله سرخ پوستی ثبت نام کرده اید، نام قبیله را ذکر کنید				
آیا در اردوی سرخ پوستان زندگی می کنید؟ ☐ خیر ☐ بلی					آیا در اردوی سرخ پوستان زندگی می کنید؟ ☐ خیر ☐ بلی				
نام و نام خانوادگی آخرین کارفرما					نام و نام خانوادگی آخرین کارفرما				
صندوق پستی یا نشانی خیابان کارفرما:					صندوق پستی یا نشانی خیابان کارفرما:				
کد منطقه	ایالت	شهر کارفرما			کد منطقه	ایالت	شهر کارفرما		
شماره تلفن کارفرما ( )					شماره تلفن کارفرما ( )				
نام و نام خانوادگی مادر مادر:	نام و نام خانوادگی پدر مادر:				نام و نام خانوادگی مادر پدر:	نام و نام خانوادگی پدر پدر:			

ب. محل سکونت کودکان

فردی که کودکانی که در صفحه 2 نامبرده شده اند با وی زندگی می کنند: ☐ مادر ☐ پدر ☐ موارد دیگر (مشخص کنید): _____

آیا ولی غیرقیم هرگز با کودکان در ایالت واشنگتن زندگی کرده است و آیا وی هرگز از آنان پشتیبانی مالی کرده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت پاسخ بلی، چه هنگام؟

پ. چنانچه کودکان با مادر یا پدر زندگی نمی کنند، این بخش را کامل کنید

صندوق پستی یا نشانی خیابان شما:		نام و نام خانوادگی شما:	
کد منطقه شما:	ایالت شما:	شهر شما:	شماره تامین اجتماعی شما:
رابطه شما با کودکان:		شماره تلفن شما: ( )	

ت. اطلاعات راجع به کودکانی که برای آنان تقاضای حمایت کرده اید

فقط کودکانی والدینی که در صفحه 1 آورده اید و در خانه شما زندگی می کنند را قید فرمایید. در صورت نیاز از یک صفحه اضافه استفاده کنید.

آیا پدر تعهد نامه پدر بودن را امضاء کرده است؟ ☐ خیر ☐ بلی	شماره تامین اجتماعی:	جنسیت:	نام و نام خانوادگی کودک (نام/ نام وسط/خانوادگی):
محل تولد (کشور/ایالت/بخش/شهر):			تاریخ تولد (سال/روز/ماه):
در صورت خیر بودن پاسخ، محل را ذکر کنید (بخش/ایالت):			آیا مادر با این کودک در ایالت واشنگتن باردار شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت بلی بودن، محلی که حکم صادر شده است را ذکر کنید (قبیله/ایالت/بخش):	در صورت بلی بودن تاریخ حکم (سال/روز/ماه):		آیا دستور حمایتی در مورد این فرزند وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

آیا پدر تعهد نامه پدر بودن را امضاء کرده است؟ ☐ خیر ☐ بلی	شماره تامین اجتماعی:	جنسیت:	نام و نام خانوادگی کودک (نام/ نام وسط/خانوادگی):
محل تولد (کشور/ایالت/بخش/شهر):			تاریخ تولد (سال/روز/ماه):
در صورت خیر بودن پاسخ، محل را ذکر کنید (بخش/ایالت):			آیا مادر با این کودک در ایالت واشنگتن باردار شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت بلی بودن، محلی که حکم صادر شده است را ذکر کنید (قبیله/ایالت/بخش):	در صورت بلی بودن تاریخ حکم (سال/روز/ماه):		آیا دستور حمایتی در مورد این فرزند وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

آیا پدر تعهد نامه پدر بودن را امضاء کرده است؟ ☐ خیر ☐ بلی	شماره تامین اجتماعی:	جنسیت:	نام و نام خانوادگی کودک (نام/ نام وسط/خانوادگی):
محل تولد (کشور/ایالت/بخش/شهر):			تاریخ تولد (سال/روز/ماه):
در صورت خیر بودن پاسخ، محل را ذکر کنید (بخش/ایالت):			آیا مادر با این کودک در ایالت واشنگتن باردار شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی
در صورت بلی بودن، محلی که حکم صادر شده است را ذکر کنید (قبیله/ایالت/بخش):	در صورت بلی بودن تاریخ حکم (سال/روز/ماه):		آیا دستور حمایتی در مورد این فرزند وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی

ث. اطلاعات ازدواج والدینی که نام کودکانشان در بالا آورده شده است

محل ازدواج (ایالت/بخش)	تاریخ ازدواج (سال/روز/ماه)
محل طلاق (ایالت/بخش)	تاریخ طلاق (سال/روز/ماه)
محل جدا شدن (ایالت/بخش)	تاریخ جدا شدن (سال/روز/ماه)

ج. اطلاعات مربوط به کمکهای عمومی و کمکهای مالی حمایت کودک

آیا شما یا کودکانی که در بالا ذکر شده اند هرگزکمکهای عمومی را از یک ایالت یا یک قبیله سرخپوستی دریافت کرده اند؟ ☐ خیر ☐ بلی

در صورت بلی بودن، مدت زمان را ذکر کنید (سالها/ماهها):	در صورت بلی بودن، محل را ذکر کنید (قبایل/ایالات/بخشها):

چنانچه در مورد کودکانی که در بالا ذکر شده اند حکم (یا احکام) حمایتی وجود دارد، کلاً ولی غیر حمایتی چه مقدار کمک نقدی برای کودکان به شما پرداخت کرده است (مقدار کمک هزینه ایی که به ایالت یا به قبیله سرخپوستان بدهکار می باشید را به حساب نیاورید)؟ $ _____ .

تاریخ دریافت کمک هزینه: (شروع) _____ (پایان) _____ . **رونوشتهای احکام حمایتی را ضمیمه کنید.**

چ. اظهارنامه

اینجانب تعهد می کنم تا فوراً بصورت کتبی در مورد هر گونه تغییر اطلاعاتی یا اطلاعات جدید که به دریافت کمک هزینه کودک از ولی مسئول پرداخت کمک هزینه مربوط می شود، بخش حمایت کودک را مطلع سازم.

اینجانب با در نظر گرفتن جریمه شهادت دروغ، تحت قوانین ایالت واشنگتن، تایید نموده و اعلام می نمایم موارد ذکر شده حقیقت داشته و صحیح می باشند.

امضاء شده در ، _____ واشنگتن.

تاریخ:	امضاء:

هیچ فردی بخاطر نژاد، رنگ، سرزمین مادری، عقیده، مذهب، جنسیت، سن یا معلولیت نباید در استخدام، خدمات یا هر بخشی از فعالیتهای طرح مورد تبعیض واقع شود. در صورت درخواست این فرم در فرمتهای متفاوت هم موجود می باشد.