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

การอ้างอิงเรื่องเงินค่าเลี้ยงดูบุตร

CHILD SUPPORT REFERRAL

แผนกค่าเลี้ยงดูบุตร (DCS) จะใช้ข้อมูลส่วนตัวและหมายเลขการประกันสังคมของท่านเพื่อวัตถุประสงค์ในการบังคับเรื่องการจ่ายค่าเลี้ยงดูบุตรตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (Social Security Act) ชื่อ IV-D

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาของเด็ก

มารดาของเด็ก					บิดาของเด็ก				
ชื่อ (ชื่อตัว/ชื่อกลาง/นามสกุล):					ชื่อ (ชื่อตัว/ชื่อกลาง/นามสกุล):				
ชื่ออื่นๆที่ใช้:					ชื่ออื่นๆที่ใช้:				
ตู้ ป.ณ. หรือที่อยู่:					ตู้ ป.ณ. หรือที่อยู่:				
เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:			เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:		
หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน: ( )	โทรศัพท์สำหรับฝากข้อความ: ( )				หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน: ( )	โทรศัพท์สำหรับฝากข้อความ: ( )			
ที่อยู่อีเมล:					ที่อยู่อีเมล:				
หมายเลขการประกันสังคม:	วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี):				หมายเลขการประกันสังคม:	วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี):			
สถานที่เกิด (เมือง/มณฑล/รัฐ/ประเทศ):					สถานที่เกิด (เมือง/มณฑล/รัฐ/ประเทศ):				
เชื้อชาติ:	ความสูง:	น้ำหนัก:	สีผม:	สีตา:	เชื้อชาติ:	ความสูง:	น้ำหนัก:	สีผม:	สีตา:
ภาษาโดยกำเนิด (ถ้าการติดต่อที่จำเป็นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ):					ภาษาโดยกำเนิด (ถ้าการติดต่อที่จำเป็นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ):				
ถ้าลงทะเบียนในเผ่าอินเดียน ชื่อของเผ่า:					ถ้าลงทะเบียนในเผ่าอินเดียน ชื่อของเผ่า:				
พักอาศัยอยู่ในพื้นที่สงวนของอินเดียน? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่					พักอาศัยอยู่ในพื้นที่สงวนของอินเดียน? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่				
ชื่อของนายจ้างที่ทำงานด้วยครั้งหลังสุด:					ชื่อของนายจ้างที่ทำงานด้วยครั้งหลังสุด:				
ตู้ ป.ณ. หรือ ที่อยู่ของนายจ้าง:					ตู้ ป.ณ. หรือ ที่อยู่ของนายจ้าง:				
เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:			เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:		
หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง: ( )					หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง: ( )				
ตาชื่อ:	นามสกุลเดิมของยาย:				ปู่ชื่อ:	นามสกุลเดิมของย่า:			

ข. ที่อยู่ของบุตร

เด็กที่มีรายชื่ออยู่ในหน้า 2 อาศัยอยู่กับ: ☐ มารดา ☐ บิดา ☐ คนอื่นๆ (กรุณาระบุ): _____

บิดามารดาที่ไม่ใช่ผู้คุ้มครองดูแลบุตรเคยอาศัยอยู่ด้วยหรือให้เงินค่าเลี้ยงดูบุตรในรัฐวอชิงตันใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
หากตอบว่า ใช่ เมื่อใด?

ค. ถ้าเด็ก <u>ไม่ได้</u> อาศัยอยู่กับมารดาหรือบิดา โปรดกรอกข้อความในส่วนนี้

ชื่อของท่าน:	ตู้ ป.ณ. หรือ ที่อยู่ของท่าน:		
หมายเลขการประกันสังคมของท่าน:	เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขโทรศัพท์ของท่าน: ( )	ความสัมพันธ์ของท่านกับเด็ก:		

ง. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่ท่านต้องการค่าเลี้ยงดู

ใส่รายชื่อเด็กที่บิดามารดามีรายชื่ออยู่ในหน้า 1 ซึ่ง <u>อาศัยอยู่ที่บ้านของท่าน</u> ใช้กระดาษอีกแผ่นหนึ่งถ้าจำเป็น

ชื่อของเด็ก (ชื่อตัว/ชื่อกลาง/นามสกุล):	เพศ:	หมายเลขการประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรอง สถานะการเป็นบิดาใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่เกิด (เมือง/มณฑล/รัฐ/ประเทศ):		
มารดาตั้งครรภ์บุตรผู้นี้ในรัฐวอชิงตันใช่หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	หากไม่ใช่ กรุณาระบุสถานที่ (มณฑล/รัฐ):		
มีคำสั่งศาลเรื่องค่าเลี้ยงดูบุตรผู้นี้ใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	ถ้าใช่ วันที่ในคำสั่ง (เดือน/วัน/ปี):	ถ้าใช่ ใส่สถานที่ที่สั่ง (มณฑล/รัฐ/เผ่า):	

ชื่อของเด็ก (ชื่อตัว/ชื่อกลาง/นามสกุล):	เพศ:	หมายเลขการประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรองสถานะการเป็นบิดาใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่เกิด (เมือง/มณฑล/รัฐ/ประเทศ):		
มารดาตั้งครรภ์บุตรรายนี้ในรัฐวอชิงตันใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	หากไม่ใช่ กรุณาระบุสถานที่ (มณฑล/รัฐ):		
มีคำสั่งศาลเรื่องค่าเลี้ยงดูบุตรผู้นี้ใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	ถ้าใช่ วันที่ในคำสั่ง (เดือน/วัน/ปี):	ถ้าใช่ ใส่สถานที่ที่สั่ง (มณฑล/รัฐ/เผ่า):	

ชื่อของเด็ก (ชื่อตัว/ชื่อกลาง/นามสกุล):	เพศ:	หมายเลขการประกันสังคม	บิดาได้ลงชื่อรับรองสถานะการเป็นบิดาใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่เกิด (เมือง/มณฑล/รัฐ/ประเทศ):		
มารดาตั้งครรภ์บุตรผู้นี้ในรัฐวอชิงตันใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	หากไม่ใช่ กรุณาระบุสถานที่ (มณฑล/รัฐ):		
มีคำสั่งศาลเรื่องค่าเลี้ยงดูบุตรผู้นี้ใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่	ถ้าใช่ วันที่ในคำสั่ง (เดือน/วัน/ปี):	ถ้าใช่ ใส่สถานที่ที่สั่ง (มณฑล/รัฐ/เผ่า):	

จ. ข้อมูลการสมรสสำหรับบิดามารดาของเด็กที่มีรายชื่ออยู่ข้างต้น

วันที่สมรส (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่ที่สมรส (มณฑล/รัฐ):
วันที่หย่า (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่ที่หย่า (มณฑล/รัฐ):
วันที่แยกกันอยู่ (เดือน/วัน/ปี):	สถานที่ที่แยกกันอยู่ (มณฑล/รัฐ):

ฉ. ข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากรัฐและการจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูบุตร

ท่านหรือเด็กที่มีรายชื่อข้างต้นเคยได้รับความช่วยเหลือจากรัฐหรือจากชนเผ่าของอินเดียนใช่หรือไม่? ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ถ้าใช่ กรุณาระบุสถานที่ (มณฑล/รัฐ/ชื่อเผ่า):	ถ้าใช่ เมื่อใด (เดือน/ปี):

ถ้ามีคำสั่งศาลให้จ่ายค่าเลี้ยงดูบุตรสำหรับเด็กที่มีรายชื่ออยู่ข้างต้น ค่าเลี้ยงดูบุตรที่บิดาหรือมารดาที่ไม่ใช่ผู้คุ้มครองดูแลบุตรจ่ายให้แก่ท่าน เพื่อเป็นค่าเลี้ยงดูบุตรเป็นเงิน**รวมทั้งสิ้น**เท่าใด **(อย่ารวมค่าเลี้ยงดูบุตรที่ติดหนี้อยู่กับรัฐหรือเผ่าอินเดียน)**?
$ _____.

วันที่ที่ได้รับเงินค่าเลี้ยงดู : (เริ่ม) _____ (สิ้นสุด) _____ **แนบสำเนาคำสั่งเรื่องเงินค่าเลี้ยงดูบุตร**

ช. คำแถลง

หากมีข้อมูลใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินค่าเลี้ยงดูบุตรจากบิดาหรือมารดาฝ่ายที่รับผิดชอบจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูบุตร ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้แผนกค่าเลี้ยงดูบุตรทราบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยทันที

ข้าพเจ้าขอรับรองภายใต้บทลงโทษการให้การเท็จว่าข้อมูลต่อไปนี้เป็นความจริงและถูกต้องภายใต้กฎหมายของรัฐวอชิงตัน

เซ็นที่ _____ รัฐวอชิงต้น

ลายเซ็น:	วันที่:

ต้องไม่มีบุคคลใดถูกกีดกันจากการได้รับการว่าจ้างทำงาน การรับบริการ หรือกิจกรรมด้านต่างๆในโครงการนี้ ด้วยสาเหตุอันเนื่องมาจากผิวพรรณ เชื้อชาติ แหล่งกำเนิด ลัทธิ ศาสนา เพศ วัย หรือ ความพิการ แบบฟอร์มนี้มีให้เลือกในรูปแบบอื่นตามคำร้องขอ