Washington State Department of Social & Health Services

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

PREPORUKA ZA DJEČIJU ZAŠTITU
CHILD SUPPORT REFERRAL

Ured za dječiju zaštitu će upotrijebiti vaš broj socijalne zaštite za potrebe uspostavljanja dječije zaštite kako je definisano u poglavlju IV-D Zakona o socijalnoj zašiti.

A. PODACI O RODITELJIMA DJETETA

MAJKA DJETETA					OTAC DJETETA				
Ime, srednje ime, prezime:					Ime, srednje ime, prezime:				
Ostala korištena imena:					Ostala korištena imena:				
Poštanski pretinac ili adresa:					Poštanski pretinac ili adresa:				
Grad:	Država:	Poštanski broj:			Grad:	Država:	Poštanski broj:		
Kućni broj telefona: ( )	Broj telefona za poruke: ( )				Kućni broj telefona:	Broj telefona za poruke: ( )			
Broj socijalne zaštite:	Datum rođenja (mjesec, dan, godina):				Broj socijalne zaštite:	Datum rođenja (mjesec, dan, godina):			
Mjesto rođenja (grad, opština, država, zemlja):					Mjesto rođenja (grad, opština, država, zemlja):				
Rasa:	Visina:	Težina:	Boja kose:	Boja očiju:	Rasa:	Visina:	Težina:	Boja kose:	Boja očiju:
Maternji jezik (Ukoliko je prepisku potrebno voditi na drugom jeziku osim na engleskom):					Maternji jezik (Ukoliko je prepisku potrebno voditi na drugom jeziku osim na engleskom):				
Ukoliko se priključila indijanskom plemenu, navedite ime plemena:					Ukoliko se priključila indijanskom plemenu, navedite ime plemena:				
Živi u indijanskom rezervatu: ☐ Ne ☐ Da					Živi u indijanskom rezervatu: ☐ Ne ☐ Da				
Ime posljednjeg poslodavca:					Ime posljednjeg poslodavca:				
Poštanski pretinac ili adresa poslodavca:					Poštanski pretinac ili adresa poslodavca:				
Grad poslodavca:	Država:	Poštanski broj:			Grad poslodavca:	Država:	Poštanski broj:		
Broj telefona poslodavca: ( )					Broj telefona poslodavca: ( )				
Ime majčinog oca:	Djevojačko prezime majčine majke:				Ime očevog oca:	Djevojačkoprezime očeve majke:			

B. PREBIVALIŠTE DJETETA

Djeca navedena na strani 2 žive sa: ☐ majkom ☐ ocem ☐ drugom osobom (navedite):_____

C. UKOLIKO DJECA NE ŽIVE S OCEM ILI MAJKOM, ISPUNITE OVU RUBRIKU

Vaše ime:	Vaš poštanski pretinac ili adresa:		
Vaš broj socijalne zaštite:	Vaš grad:	Vaša država:	Vaš poštanski broj:
Vaš broj telefona:	Vaše srodstvo s djecom:		

D. PODACI O DJECI ZA KOJU ŽELITE OBEZBIJEDITI DJEČIJU ZAŠTITU

Navedite samo imena djece roditelja navedenih na strani 1 koja žive u vašem domu. Upotrijebite novi list papira ukoliko je potrebno.

Ime, srednje ime i prezime djeteta:	Spol:	Broj socijalne zaštite:	Da li je otac potpisao svjedočanstvo o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec, dan, godina):	Mjesto rođenja (grad, opština, država, zemlja):		
Da li je majka zatrudnila s ovim djetetom u Državi Vašington? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko ne, u kojoj opštini/državi:		
Da li postoji odredba za zaštitu ovog djeteta? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko da, datum odredbe (mjesec, dan, godina):	Ukoliko da, mjesto gdje je odredba registrovana (opština, država, pleme):	

Ime, srednje ime i prezime djeteta:	Spol:	Broj socijalne zaštite:	Da li je otac potpisao svjedočanstvo o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec, dan, godina):	Mjesto rođenja (grad, opština, država, zemlja):		
Da li je majka zatrudnila s ovim djetetom u Državi Vašington? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko ne, u kojoj opštini/državi:		
Da li postoji odredba za zaštitu ovog djeteta? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko da, datum odredbe (mjesec, dan, godina):	Ukoliko da, mjesto gdje je odredba registrovana (opština, država, pleme):	

Ime, srednje ime i prezime djeteta:	Spol:	Broj socijalne zaštite:	Da li je otac potpisao svjedočanstvo o očinstvu? ☐ Ne ☐ Da
Datum rođenja (mjesec, dan, godina):	Mjesto rođenja (grad, opština, država, zemlja):		
Da li je majka zatrudnila s ovim djetetom u Državi Vašington? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko ne, u kojoj opštini/državi:		
Da li postoji odredba za zaštitu ovog djeteta? ☐ Ne ☐ Da	Ukoliko da, datum odredbe (mjesec, dan, godina):	Ukoliko da, mjesto gdje je odredba registrovana (opština, država, pleme):	

E. VJENČANI PODACI O RODITELJIMA GORE NAVEDENE DJECE

Datum vjenčanja (mjesec, dan, godina):	Mjesto vjenčanja (mjesec, dan, godina):
Datum razvoda (mjesec, dan, godina):	Mjesto razvoda (mjesec, dan, godina):
Datum odvajanja (mjesec, dan, godina):	Mjesto odvajanja (mjesec, dan, godina):

F. PODACI O DRŽAVNOJ POMOĆI I PLAĆANJU DJEČIJE ZAŠTITE

Da li ste vi ili gore navedena djeca ikad primili državnu pomoć u drugoj državi? ☐ Ne ☐ Da

Ukoliko da, gdje (opštine, države):	Ukoliko da, kada (mjeseci, godine):

Ukoliko postoje odredbe za dječiju zaštitu za gore navedenu djecu i ukoliko ste ikad primili uplatu za dječiju pomoć za ovu djecu, kolika je ukupna suma koju ste dobili? $ _____ . **Molimo da priložite kopije svih odredbi za dodjelu zaštite.**

G. IZJAVA

Slažem se da ću obavijestiti Ured za dječiju zaštitu odmah, u pisanom obliku, o bilo kojim novim ili izmijenjenim podacima koji se odnose na ubiranje dječije zaštite od roditelja odgovornog za plaćanje zaštite.

Potvrđujem ili izjavljujem pod kaznom za krivokletstvo, prema zakonima Države Vašington, da je sve što je ovdje navedeno istinito i tačno.

Potpisano u _____, Vašington.

Potpis:	Datum:

Nijedna osoba neće biti diskriminirana zbog rase, boje kože, nacionalnog porijekla, tradicije, religije, spola, dobi ili invaliditeta pri zapošljavanju, službi, ili bilo kojem drugom aspektu programa. Ovaj formular je na zahtjev dostupan u alternativnom formatu.