Washington State Department of Social & Health Services

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

SPRAWA ALIMENTÓW DLA DZIECKA

CHILD SUPPORT REFERRAL

Oddział Alimentacyjny wykorzysta numer Ubezpieczenia Społecznego petenta w celu wyegzekwowania alimentów zgodnie z definicją w Dziale IV-D Ustawy o Ubezpieczeniu Społecznym.

A. INFORMACJA O RODZICACH DZIECI

MATKA					OJCIEC				
Imię, drugie imię, nazwisko:					Imię, drugie imię, nazwisko:				
Inne używane nazwiska:					Inne używane nazwiska:				
Skrytka pocztowa lub adres:					Skrytka pocztowa lub adres:				
Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:			Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:		
Telefon domowy: ( )	Telefon, pod którym można zostawić wiadomość: ( )				Telefon domowy: ( )	Telefon, pod którym można zostawić wiadomość: ( )			
Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok):				Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok):			
Miejsce urodzenia (miejscowość, powiat, stan, kraj):					Miejsce urodzenia (miejscowość, powiat, stan, kraj):				
Rasa:	Wzrost:	Ciężar ciała:	Kolor włosów:	Kolor oczu:	Rasa:	Wzrost:	Ciężar ciała:	Kolor włosów:	Kolor oczu:
Język ojczysty (jeżeli w korespondencji trzeba używać innego języka niż angielski):					Język ojczysty (jeżeli w korespondencji trzeba używać innego języka niż angielski):				
Jeżeli jest członkiem plemienia indiańskiego, nazwa plemienia:					Jeżeli jest członkiem plemienia indiańskiego, nazwa plemienia:				
Zamieszkuje w rezerwacie indiańskim: ☐ Nie ☐ Tak					Zamieszkuje w rezerwacie indiańskim: ☐ Nie ☐ Tak				
Ostatnia znana nazwa pracodawcy:					Ostatnia znana nazwa pracodawcy:				
Numer skrytki pocztowej lub adres pracodawcy:					Numer skrytki pocztowej lub adres pracodawcy:				
Miejscowość pracodawcy:	Stan:	Kod pocztowy:			Miejscowość pracodawcy:	Stan:	Kod pocztowy:		
Numer telefonu pracodawcy: ( )					Numer telefonu pracodawcy: ( )				
Nazwisko ojca matki:	Nazwisko panieńskie matki:				Nazwisko ojca ojca:	Nazwisko panieńskie matki ojca:			

B. MIEJSCE ZAMIESZKANIA DZIECKA

Dziecko wymienione na stronie 2 zamieszkuje z: ☐ matka ☐ ojcem ☐ z kim innym (proszę podać):_____

C. WYPEŁNIĆ PONIŻEJ, JEŻELI DZIECKO NIE ZAMIESZKUJE Z MATKĄ ANI Z OJCEM

Nazwisko:	Numer skrytki pocztowej lub adres:		
Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Numer telefonu:	Pokrewieństwo z dzieckiem:		

D. INFORMACJE O DZIECIACH, NA KTÓRE PETENT CHCE UZYSKAĆ ALIMENTY

Proszę podać tylko dzieci rodziców wymienionych na stronie 1, które zamieszkuje razem z osobą składającą podanie. W razie potrzeby proszę użyć dodatkowych arkuszy papieru.

Imię, drugie imię i nazwisko dziecka:	Płeć:	Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Czy ojciec podpisał oświadczenie o ojcostwie? ☐ Nie ☐ Tak
Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce urodzenia (miejscowość, powiat, stan, kraj):		
Czy matka zaszła w ciążę, z której urodziło się to dziecko, w stanie Waszyngton? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli nie, to gdzie (powiat, stan):		
Czy istnieje nakaz alimentacyjny na to dziecko? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli tak, proszę podać datę nakazu (miesiąc, dzień, rok):	Jeżeli tak, gdzie nakaz został złożony (powiat, stan, plemię):	

Imię, drugie imię i nazwisko dziecka:	Płeć:	Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Czy ojciec podpisał oświadczenie o ojcostwie? ☐ Nie ☐ Tak
Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce urodzenia (miejscowość, powiat, stan, kraj):		
Czy matka zaszła w ciążę, z której urodziło się to dziecko, w stanie Waszyngton? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli nie, to gdzie (powiat, stan):		
Czy istnieje nakaz alimentacyjny na to dziecko? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli tak, proszę podać datę nakazu (miesiąc, dzień, rok):	Jeżeli tak, gdzie nakaz został złożony (powiat, stan, plemię):	

Imię, drugie imię i nazwisko dziecka:	Płeć:	Numer Ubezpieczenia Społecznego:	Czy ojciec podpisał oświadczenie o ojcostwie? ☐ Nie ☐ Tak
Data urodzenia (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce urodzenia (miejscowość, powiat, stan, kraj):		
Czy matka zaszła w ciążę, z której urodziło się to dziecko, w stanie Waszyngton? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli nie, to gdzie (powiat, stan):		
Czy istnieje nakaz alimentacyjny na to dziecko? ☐ Nie ☐ Tak	Jeżeli tak, proszę podać datę nakazu (miesiąc, dzień, rok):	Jeżeli tak, gdzie nakaz został złożony (powiat, stan, plemię):	

E. INFORMACJA O ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM RODZICÓW DZIECI WYLICZONYCH POWYŻEJ

Data zawarcia małżeństwa (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce zawarcia małżeństwa (powiat, stan):
Data rozwodu (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce rozwodu (powiat, stan):
Data separacji (miesiąc, dzień, rok):	Miejsce separacji (powiat, stan):

F. INFORMACJA O POMOCY SPOŁECZNEJ I OPŁATACH ALIMENTACYJNYCH

Czy wyliczone powyżej dzieci otrzymały kiedykolwiek pomoc społeczną w innym stanie? ☐ Nie ☐ Tak

Jeżeli tak, gdzie (powiaty, stany):	Jeżeli tak, kiedy (miesiące, lata):

Jeżeli istnieje orzeczenie nakazujące alimenty dla wymienionych powyżej dzieci i jeśli uzyskała Pani wypłatę alimentów, ile wynosiła roczna kwota? $_____ . **Proszę załączyć kopie wszystkich nakazów alimentacyjnych.**

G. OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się natychmiast poinformować Wydział Alimentacyjny na piśmie o wszelkich nowych faktach lub zmianach dotyczących egzekwowania alimentów od rodzica odpowiedzialnego za ich płacenie.

Zaświadczam lub oznajmiam pod karą za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z ustawodawstwem stanu Waszyngton, że powyższe dane są prawdziwe.

Podpisano _____ , Waszyngton.

Podpis:	Data:

Nikt nie może być dyskryminowany w dziedzinie zatrudnienia, usług i uprawnień do korzystania z programów ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wyznanie, religię, płeć, wiek lub inwalidztwo. Ten formularz jest dostępny na żądanie w alternatywnych postaciach.