ВОПРОСНИК В ОТНОШЕНИИ ПОДДЕРЖКИ

Инструкции:
Вы обязаны ответить на ВСЕ вопросы.

ЗАПОЛНИТЕ ОДНУ ФОРМУ НА КАЖДОГО ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ КАЖДОГО НЕЖЕНАТОГО ОТЦА В ДОМЕ.

Пишите ручкой, печатными буквами. Отметьте Да, Нет или Не знаю. Если вам не хватило места, используйте дополнительный лист бумаги.

FOR COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)	
CWD CASE NAME	LCSA CASE NAME
CWD CASE NUMBER	LCSA CASE NUMBER
CWD WORKER NAME/NO.	LCSA WORKER NAME/NO.
TELEPHONE NUMBER ( )	TELEPHONE NUMBER ( )

РАЗДЕЛ 1 - ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ЛИЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ИМЯ (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ	SSN*	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	РАСА
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, НОМЕР КВАРТИРЫ, ЕСЛИ ЕСТЬ)		ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )
РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ДЕТЯМ		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ОТСУТСТВУЮЩЕМУ РОДИТЕЛЮ/НЕЖЕНАТОМУ ОТЦУ В ДОМЕ ☐ Супруг(а) ☐ Бывший(ая) супруг(а) ☐ Друг ☐ Другое			

РАЗДЕЛ 2 - ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ В ОТНОШЕНИИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ, ИЛИ НЕЖЕНАТОГО ОТЦА В ДОМЕ

A.

ИМЯ (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN)	☐ МУЖ. ☐ ЖЕН.	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ
ПОСЛЕДНИЙ ИЗВЕСТНЫЙ АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ, НОМЕР КВАРТИРЫ, ЕСЛИ ЕСТЬ)	РОСТ	ВЕС	ЦВЕТ ГЛАЗ	ЦВЕТ ВОЛОС / РАСА
ГОРОД / ШТАТ / ИНДЕКС	ШРАМЫ, РОДИМЫЕ ПЯТНА, ТАТУИРОВКИ, КЛИЧКИ И Т.П.			
КОГДА ЭТОТ АДРЕС БЫЛ ПРАВИЛЬНЫМ? / НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )	КОГДА В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ВЫ СЛЫШАЛИ ИЛИ ПОЛУЧИЛИ ПОЧТУ ОТ ЭТОГО РОДИТЕЛЯ?		ПРОЖИВАЕТ ЛИ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ С ВАМИ? ☐ ДА ☐ НЕТ	

B. КАКОЙ ВИД ДОХОДА У ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ? ☐ Зарплата ☐ Льготы по безработице или нетрудоспособности ☐ Социальное страхование ☐ Нет дохода ☐ Другое

ПОСЛЕДНИЙ, ИЗВЕСТНЫЙ ВАМ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )
АДРЕС	ВИД РАБОТЫ
ГОРОД / ШТАТ / ИНДЕКС	ЧЛЕН ПРОФСОЮЗА? ☐ ДА, НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА ☐ НЕТ ☐ НЕЗНАЮ
КОГДА РОДИТЕЛЬ ТАМ РАБОТАЛ В ПОСЛЕДНИЙ РАЗ?	АДРЕС ПРОФСОЮЗА

C.

ИМЕЕТ ЛИ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НА ДЕТЕЙ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ	КОГО ПОКРЫВАЕТ СТРАХОВКА?	
НАЗВАНИЕ СТРАХОВКИ	НОМЕР ПОЛИСА	ДАТА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

D. РОДИТЕЛИ БЫЛИ, ИЛИ СЕЙЧАС

☐ ЖЕНАТЫ ДАТА _____ ГДЕ _____	☐ РАЗВЕДЕНЫ ДАТА _____ ГДЕ _____	☐ ПРОЖИВАЮТ РАЗДЕЛЬНО ☐ НЕ БЫЛИ ЖЕНАТЫ ☐ ПРОЖИВАЮТ ВМЕСТЕ

E.

ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ СУДА О ПОДДЕРЖКЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ ОЖИДАЕТСЯ	СУММА ПОДДЕРЖКИ $	КАК ЧАСТО?	ДАТА РЕШЕНИЯ СУДА	НОМЕР РЕШЕНИЯ СУДА	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ СУДА (ОКРУГ И ШТАТ)
КАК РОДИТЕЛЬ ПЛАТИТ? ☐ ВАМ ☐ ОКРУГУ ☐ ОПЛАЧИВАЕТ ДОМАШНИЕ СЧЕТА ☐ ВЫЧЕТЫ ИЗ ЗАРПЛАТЫ ☐ ДРУГОЕ				КОГДА ПОСЛЕДНИЙ РАЗ РОДИТЕЛЬ ПЛАТИЛ?	СКОЛЬКО? $

F.

ИМЯ ДРУГА, РОДСТВЕННИКА ИЛИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ОТСУТСТВУЮЩЕМУ РОДИТЕЛЮ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( )
АДРЕС (НОМЕР ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ)	ГОРОД / ШТАТ / ИНДЕКС	

G.

ВЛАДЕЕТ ЛИ РОДИТЕЛЬ СРЕДСТВАМИ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ	ПРОИЗВОДИТЕЛЬ	МОДЕЛЬ	ГОД	НОМЕРНОЙ ЗНАК	ШТАТ

H. ВЛАДЕЕТ ЛИ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ ДОМОМ, ЗЕМЛЕЙ, СТРОЕНИЯМИ ИЛИ БАНКОВСКИМИ СЧЕТАМИ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ — ЧТО/ГДЕ

I. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ НА УСЛОВНОМ ИЛИ ДОСРОЧНОМ ОСВОБОЖДЕНИИ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ — В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ

J. БЫЛ ЛИ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ РАНЕЕ В ТЮРЬМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ — ЕСЛИ ДА, КОГДА/ГДЕ

K. СЛУЖИЛ ЛИ ЭТОТ РОДИТЕЛЬ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ? ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ — ЕСЛИ ДА, КОГДА/РОД ВОЙСК

L. МОЖЕТЕ ЛИ ВЫ ОПРЕДЕЛИТЬ ЛИЧНОСТЬ ИЛИ ПОМОЧЬ НАЙТИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ ☐ ДА ☐ НЕТ

РАЗДЕЛ 3 - ДЕТИ (В ВАШЕМ ДОМЕ) ОТ ЭТОГО ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ НЕЖЕНАТОГО ОТЦА

ИМЯ РЕБЕНКА	☐ М ☐ Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ – –	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	ДЕКЛАРАЦИЯ ОТЦОВСТВА: MFG** ☐ ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ ДАТА ПОДПИСИ ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	☐ М ☐ Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ – –	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	MFG** ☐ ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ ДАТА ПОДПИСИ ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	☐ М ☐ Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ – –	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	MFG** ☐ ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ ДАТА ПОДПИСИ ОКРУГ
ИМЯ РЕБЕНКА	☐ М ☐ Ж	SSN	ДАТА РОЖДЕНИЯ – –	МЕСТО РОЖДЕНИЯ, ГОРОД, ШТАТ	MFG** ☐ ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ ДАТА ПОДПИСИ ОКРУГ

РАЗДЕЛ 4 - ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ ПО ПОДДЕРЖКЕ (ТОЛЬКО MEDI-CAL)

☐ Мне не нужны другие услуги по контролю выплаты.

СОЗНАВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ЗАКОНАМ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ И КАЛИФОРНИИ ЗА ДАЧУ ЛОЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ, Я ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В ЭТОМ ВОПРОСНИКЕ ПРАВДИВА, ПРАВИЛЬНА И ПЕРЕДАНА ПОЛНОСТЬЮ.

ПОДПИСЬ ☞	ДАТА

1st Copy – Local Child Support Agency 2nd Copy – County Welfare Department 3rd Copy – Applicant

* SSN - НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ; ** MFG - МАКСИМАЛЬНАЯ СУММА СЕМЕЙНОГО ПОСОБИЯ