STATE OF CALIFORNIA — HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

TỜ KHAI VỀ LÝ DO CHÍNH ĐÁNG ĐỂ KHÔNG HỢP TÁC TRONG VIỆC CẤP DƯỠNG CHO CON

PHẦN DÀNH ĐỂ TY XÃ HỘI ĐIỀN

CASE NAME

CASE NUMBER

DATE OF APPLICATION

CARETAKER RELATIVE (IF DIFFERENT)

RELATIONSHIP TO CHILD(REN)

NONCUSTODIAL PARENT/ALLEGED FATHER

NAME OF CHILD(REN) OF NONCUSTODIAL PARENT/ALLEGED FATHER

Tôi không muốn hợp tác trong việc thiết lập phụ hệ và nhận sự cấp dưỡng bởi vì điều đó sẽ không có lợi cho (các) đứa trẻ mà tôi đang xin trợ cấp cho chúng.

Sau đây là lý do: Đánh dấu (✔):

Tôi dự liệu sự việc đó sẽ có hậu quả tăng thêm nguy cơ **gây thương tổn cho (các) đứa trẻ**:

A) ☐ Thương tổn về thể xác

B) ☐ Thương tổn về sinh lý (tính dục)

C) ☐ Thương tổn về tinh thần

Tôi không muốn hợp tác bởi vì:

D) ☐ (Các) đứa trẻ này đã thụ thai do sự loạn luân hay cưỡng dâm.

E) ☐ tăng thêm nguy cơ về **sự hành hạ ngược đãi trong gia đình.**

F) ☐ Tiến trình pháp lý để cho/nhận (các) đứa trẻ làm con nuôi đang được xúc tiến tại tòa án.

G) ☐ Tôi hiện đang thảo luận với một cơ quan hay một cơ sở tư phụ trách việc cho/nhận con nuôi để nơi này giúp tôi quyết định xem nên giữ (các) đứa trẻ này lại hay nên đem cho chúng làm con nuôi.

H) ☐ Tôi có (những) lý do xác đáng khác để không hợp tác. Giải thích: _____

LỜI KHAI XÁC NHẬN

Tôi muốn xin viện dẫn lý do chính đáng để khước từ không hợp tác vì các lý do được đánh dấu bên trên. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu phải chứng minh là tôi có lý do chính đáng trong việc khước từ không hợp tác.
Tôi khai xin chịu trách nhiệm về tội khai gian trước luật pháp của Hoa Kỳ và của tiểu bang California rằng các sự kiện trong tờ khai này là sự thật, chính xác và đầy đủ.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐỨNG XIN HAY NGƯỜI NHẬN

NGÀY KÝ

EVIDENCE PROVIDED

- ☐ No investigation
- ☐ No evidence provided
- ☐ Birth certificate
- ☐ Medical records
- ☐ Court documents
- ☐ Social agency letter
- ☐ Mental health professional letter
- ☐ Sworn statement
- ☐ Other

CLAIM DETERMINATION - PHẦN DÀNH ĐỂ TY XÃ HỘI ĐIỀN

TO: **LOCAL CHILD SUPPORT AGENCY** THIS CLAIM IS FOR ☐ CHILD SUPPORT ☐ MEDICAL SUPPORT

GOOD CAUSE EXISTS AND IS BASED ON: (✔)

- A ☐ Increased risk of **physical harm** to child(ren)
- B ☐ Increased risk of **sexual harm** to child(ren)
- C ☐ Increased risk of **emotional harm** to child(ren)
- D ☐ Incest or rape
- E ☐ Increased risk of **domestic abuse** to parent/caretaker
- F ☐ Legal adoption before the court
- G ☐ Preadoptive services
- H ☐ Other credible reason(s) for not cooperating

Explain good cause:

1. Request for Good Cause has been denied.

   Give reasons:

2. Was determination based on physical harm without evidence? ☐ YES ☐ NO

3. Was determination based solely on examination of evidence without investigation? ☐ YES ☐ NO

4. May enforcement proceed without applicant/recipient participation? ☐ YES ☐ NO

CWD REPRESENTATIVE'S SIGNATURE	WORKER NUMBER	PHONE NUMBER	DATE OF DECISION
SUPERVISOR'S SIGNATURE			DATE OF DECISION