儿童抚养服务计划通告

DCSS 0064 CHI (02/10/10)

儿童抚养服务计划功能：

所有儿童都有被父母双方抚养的权利。任何人，包括非监护父母，他或她是否接受公共援助，都可以申请支援服务。服务内容包括：

- 强制执行确认抚养子女的父母；
- 确立父系关系（法制父亲）；
- 确立儿童和/或医疗支援（医疗保险）的程序；
- 实施儿童和/或医疗支援（医疗保险）的程序；
- 更改现行儿童和/或医疗支援法院命令；
- 执行承担子女抚养的配偶援助法令；
- 抚养费的收集和分发。

子女监护权与探视权不属于服务项目。

当地儿童抚养机构代理郡部提供有关服务。当地儿童抚养机构并不代表您也不是您的代表律师。因为您并非其客户，当地子女扶养机构可能在未来为您或另一方父母提供执法服务。您z所提供的信息不具有特权，或存在律师 - 委托人形式的保密特权。

子女抚养合作方式

当您请求服务，您必须配合当地儿童抚养机构提供所需的任何资料或文件，确立父系关系和/或找到另方父母以获取您孩子的抚养费。一旦您请求当地儿童抚养机构所提供的服务，该机构将决定所须采取的适当行动。所有的抚养费必须向州立支付单位支付。如果款项是直接给您，这些款项必须上缴州立支付单位。

当您申请或获得支援服务，您有责任及时通知儿童抚养机构任何变化，可能会影响您的子女抚养案件，或当地儿童抚养机构的工作。例如：

- 孩子离家出走；
- 电话号码或地址变更（包括迁移至别州、郡、或国家）；
- 中止公共援助，如加利福尼亚州的就业机会和儿童责任（CalWORKs）；
- 名称变更；
- 涉及您孩子的离婚协议或其他法律程序；
- 关于他方的信息；
- 直接收到子女，配偶或家庭的任何抚养或补助费。

根据联邦法规，第 45 篇，303.3 节，所有涉及当地儿童抚养机构或已收到之服务申请案件，该机构必须试图确认所有非监护父母或收入来源和/或资产，以为未来必要时采取适当行动。当适用和适当时，当地儿童抚养机构将对您的案件通过数据匹配核查社会保障事务管理局所有之相关信息。

您的权利

您有权自费咨询私人律师或法律服务所之法律意见。如果您聘请律师，您必须通知当地儿童抚养机构。您可以联系高等法院“家庭法”调解办公室获得免费咨询和/或法律援助。您也可以在您当地法庭法律服务办公室获得免费或减费的法律服务。

如果您有加利福尼亚州的援助法令，您请求当地儿童抚养机构审查您的援助法令，以确定抚养费金额是否应根据全州规范条例有所调整。如果抚养金额不符合调整条例，当地儿童抚养机构必须根据要求提供您或另方父母信息，如何获取请求法院更改抚养金额的表格。“家庭法”调解人还可以提供免费帮助。当地儿童抚养机构必须告诉您，每一有关确立父系关系t或援助听证会的日期，时间，和目的。你有权阅读法庭文件，除非该信息被合法保密条款依法禁止。

依您的请求，当地儿童抚养机构可能提供您案件入档的最新法令副本。您可以到法院要求实行您的抚养令，但必须事先通知当地儿童抚养机构，您打算自己提交该实行方案。如果当地儿童抚养机构在三十（30）天之内没有回应您的通知，或当地儿童抚养机构同意，只要所有援助均由当地儿童抚养机构支付，您可以在高等法院提出您自己的实行方案。

当地儿童抚养机构在提交影响抚养令当事人的规定之前，必须取得非公共援助受益人的同意。当受益人被拖欠的逾期抚养金额超过其被公共援助应支付的金额时，当地儿童抚养机构在未取得公共援助受益人的同意情况下，不能立案将减少逾期抚养款项支付的规定。

如果您没有领取公共援助，州部所收取的款项将以下列顺序使用：

1. 承付当前月抚养费；
2. 利息；
3. 承付逾期的抚养费；以及
4. 未来的承付款项。

支付给非监护方父母的联邦所得税退款可以H由子女扶养机构截获，而以不同于其他款项的方式应用。依据联邦法k规，此款项不能应用于承付当前的抚养款项。而必须被应用于承付逾期的子女抚养费。如果监护方已接受公共援助，包括加州医疗保健计划（Medi-Cal），托欠政府的逾期子女抚养款项，将会被首先支付。

所有可用于联邦所得税退税抵销的案件类型，也适用于行政抵消。以下几种付款适用于行政抵消。包括经常和非经常性支付。经常性支付是指定期，例行，或是重复性支付款项。非经常性支付是单次支付，不具重复性，如一次总付退休金。

目前包]括在行政抵销内的联邦支付款项为：联邦退休付款，供应商，和杂项付款（即费用报销支付和差费）。

行政抵销和联邦税退税抵销是由美国法典第 31 篇 3716 条款，美国法典第 42 篇 664 条款，美国法典第 26 篇 6402 条款，和联邦法规第 45 篇 303.72 条款所允许。

非监护父母方的州所得税退税和所获彩票奖，也可以由儿童扶养机构截获，并根据儿童抚养计划的拨付法规（政策和程序手册，条款 12-415 和 12-420）予以应用。特许经营税委员会拦截和彩票奖的收取款项适用于承付所有的当前抚养费款项，逾期儿童抚养费款项，包括逾期的医疗援助。

根据 2005 年的联邦赤字削减法案，儿童抚养服务部可以对从来没有接受过公共援助的案件每年收取 $25 美元的服务费。该服务费用于每年 10 月 1 日收取，收取对象为于前期联邦会计年度 （10 月 1 日 - 9 月 30 日）领取至少 $500 美元支助的家庭。该费用将自动于 10 月 1 日后支付给监护方下一笔款项或未来支付款项中扣除，直至费用全额收回为止。

另外，其他有些州会收取服务费。如您的案件涉及这些州的其中之一，该服务费将会自所支付的抚养金额中扣除，或添加在所负债的余额中。

抚养费收取及拨付通告

监护方每月将会收到抚养费收取及拨付通告。该通告将显示所有收取并在通告上所示的期间内支付的抚养款项，以及是否该款项被应用于承付当前，或逾期的抚养款项。任一没有领取或支付抚养费的月份将不会收到通告。

医疗援助与加州医疗保健计划（MEDI-CAL）

任何一方或双方均会被要求题供合理费用的健康保险。一般来说，合理费用的健康保险是指与就业有关的团体健康保险或其他团体医疗保险。然而，法院在确定合理费用时，也将会考虑健康保险的实际成本对父母造成的负担。

当地儿童抚养机构将要求法庭设立或变更子女抚养令，要求父母提供合理成本的健康保险。监护方的父母也可以请求当地儿童抚养机构更改孩子抚养令，包括提供医疗保险的规定条文。这可能会影响到每月的子女抚养承付金额。如果非监护父母被勒令提供医疗保险投保，当地儿童抚养机构如果有必要，将会联系非监护方父母和他或她的雇主，以确保孩子的健康保险。当地儿童抚养机构获的保险信息后，该信息将会交给监护方父母。

投保私人医疗保险并不妨碍监护方获得加州医疗保健计划（Medi-Cal）福利。如果监护方领取加州医疗保健计划（Medi-Cal），同时也投保个人或群体的私人健康保险（包括牙科或视力保险），联邦及州法律要求监护方将此信息通知郡福利部门（CWD），卫生保健提供者，以及儿童抚养机构。不提供此信息为轻度违法。监护方必须在私人医疗保险变更或停止的十（10）天内报知具 CalWORKs 资格的人员和/或子女抚养机构。监护方还必须告诉具 CalWORKs 资格的人员和/或儿童抚养机构任何关于医疗保险的法院法令。

如果监护方只领取加州医疗保健计划（Medi-Cal），除非监护方已提出和郡福利部门（CWD）已批准不配合的 “正当理由”（WA51）申诉，监护方必须配合建立父系关系t，以为继续获得加州医疗保健计划（Medi-Cal）医疗援助福利的资格条件。您的子女仍有获得加州医疗保健计划（Medi-Cal）的资格。此外，除非监护方告知当地儿童抚养机构，他或她不要获得与医疗援助和建父系无关的服务，所有儿童抚养服务将会被全面给予。获得医疗援助，可能会降低儿童得到的抚养金额。如果父母双方都在家里，当地儿童抚养机构将建立父系关系。

根据联邦法律 [U.S.C. 第 42 篇条款 1396 (a)(25)]，加州医疗保健计划（Medi-Cal） 受益孩子或医疗援助受益人的健康保险使用如下：

医疗保健服务提供方出具加州医疗保健计划（Medi-Cal）账单。加州医疗保健计划（Medi-Cal）支付医疗保健服务提供方。加州医疗保健计划（Medi-Cal）然后从其他健康保险寻求偿还。除必须满足加州医疗保健计划（Medi-Cal）的共同支付或费用分担外，您不对任何保险费用的分摊金额（共同保险，共付或抵扣）负责。如果你不配合确认您的私人医疗保险，医疗保健服务提供方可能会对您出具账单。如果您的其他健康保险是预付费健康计划（PHP）或是健康维护组织（HMO）健康计划，您必须使用计划内所提供的医疗保健服务。除境外医疗保健服务或紧急护理，Medi-Cal 将不支付您 PHP/ HMO 之外的医疗保健服务。境外医疗保健服务或紧急护理账单应出具给 PHP/HMO 承保方。

请参阅孩子抚养手册以获得儿童抚养服务的更多信息。

无歧视声明

此为加利福尼亚州的政策，以确保所有人都被平等对待，任何人不得因族裔身份，种族，肤色，原国籍，政治派别或信仰，宗教，性别，年龄或残疾的基础上，被排除参与，拒绝任何计划或服务的福利，或其他可能受到与提供给他人的不同待遇。

每个当地儿童抚养机构都提供专业公民权利协调员。任何申请人/受益人认为他们遭受歧视性待遇，可先向当地儿童抚养机构指定的州客户服务支援中心（CSSC）公民权利协调员投诉遭受歧视待遇，或以书面形式向加州儿童抚养部投诉，Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064，或致电 (866) 901-3212.

设诉解决 – 州听证信息

投诉解决的权利：

- 如果您要对地方儿童福利局在处理您的子女抚养案中的任何行为或不作为进行投诉，您有权要求地方儿童福利局对投诉进行处理。
- 您可以填写《投诉解决申请书》进行书面投诉或致电地方儿童福利局进行电话投诉。
- ***注意：您必须在有了明确的投诉理由（或应该知道了理由）后90天内申请投诉解决。***
- 除非地方儿童福利局在处理您的投诉时需要更多的信息或时间，否则，地方儿童福利局将在收到您的投诉后30天内向您书面通报投诉的处理结果。如果处理您的投诉需要更多信息或时间，地方儿童福利局将与您联系。

州听证的权利：

- 如果地方儿童福利局没有在收到您的投诉后30天内向您作出回复，您有权请求在行政法法官面前举行州听证。***注意：您必须在向地方儿童福利局投诉后90天内申请州听证。***
- 如果地方儿童福利局确实在您投诉后30天内向您作出了回复，而您对投诉解决的结果或答复不满意，您有权请求在行政法法官面前举行州听证。***注意：您必须在收到地方儿童福利局对您的投诉的书面回复后90天内申请州听证。***
- 您可以将《州听证申请表》寄至州听证局从而通过书面方式申请州听证，或拨打州听证局免费电话 1-866-289-4714 申请听证。
- 州听证局将通知您听证的日期、时间和地点。
- 如果需要，州听证局将在听证时为您提供翻译或残障协助。
- ***注意：并非所有投诉都可以举行州听证。***

州听证仅限于以下事项：

- 关于儿童福利服务的申请被否决或者没有在规定的期限内处理。
- 在处理儿童福利服务案件时违反了联邦或加州的法律或条例，或违反了加利福尼亚儿童福利局的政策文件，或者案件没有在规定的时间内处理，包括获得、变更和执行子女抚养费命令以及子女抚养费会计帐目等服务。
- 收取的子女抚养费没有被分配，或分配分发不正确，或者地方儿童福利局计算的子女抚养费欠款金额有误。
- 地方儿童福利局决定撤销某项子女抚养案。

注意：以下问题不能进行州听证：

- 必须通过动议、陈述原因令或在法庭上诉解决的子女抚养问题。
- 对关于子女抚养费金额或欠款的任何法庭命令进行审查。
- 关于父权的法庭命令或类似裁决。
- 关于配偶赡养费的法庭命令。
- 关于子女监护权的裁决。
- 关于子女探视权的裁决。
- 因受到地方儿童福利局员工不礼貌的对待而对这些被指控的行为进行的投诉，除非这样的行为导致有必要举行听证。

督察员服务：

- 每一个地方儿童福利局都设有一名督察员。在投诉解决和/或州听证过程中，督察员向您提供帮助。
- 督察员可以帮助您获得关于投诉的信息，帮助您对州听证进行准备。
- ***注意：督察员不能在州听证会上代表您或向您提供法律咨询。***

填写儿童抚养服务简式申请表说明

DCSS 0373 (07/12/13)

您个案的处理取决于您在本表中所提供的资讯。请尽可能提供足够的资讯。详尽地回答每一个问题。如果您不知道答案，请书写「不知道」。如果该问题不适用，请书写「不适用」。

开始前，请阅览「儿童抚养手册」。本手册介绍了通过当地儿童抚养机构所提供的服务。此外，也请阅读儿童抚养强制实施方案通知。本通知说明了您对当地儿童抚养机构的责　任和当地儿童抚养机构对您的责任。当地儿童抚养律师或律政司或他们的任何代表不是您的律师也不是当事儿童的　律师。

请以黑色墨水填写所有的表格，并书写整齐。

关于监护方或监护人与儿童的事实

这部分是关于拥有当事儿童主要监护权的人或一方。请填写这部分的全部。如果您是监护方，请务必给我们一个可以在白天联系到您的电话号码。

如果本申请表上所提名的儿童有别的非监护父母，必须就每位　非监护父母填写一份单独的申请表。如果任何部分您需要额外的空间，请另附纸张或使用第一页末尾提供的注释部分。

请将提名要求抚养之父母的所有子女列出来。填写每一子女的全名，包括名字、中间名、姓和后缀名（Jr.、Sr.、III等）

本部分内有一些问题与判定本申请表所提名之儿童的生身父亲有关。其中一个问题问及是否已经签署了一份父子关系声明书。父子关系声明书是一份法律表格，经由父母双方签署（通常在医院或诊所），并指明此人是亲生父亲。签署此表格，并提交至儿　童抚养服务部，则不必上法院即可合法地确立此人为当事儿童的父亲。

第二个问题问及是否已经建立父子关系判决。父子关系判决是由法院通过法律程序，确定当事儿童亲生父亲所下达的命令。在法院可以下达儿童抚养令前，判定亲生父亲是必要的。

注释：如有需要，您可以使用本部分额外的空间，或添加任何您认为可能会帮助我们建立或强制执行当事儿童命令的信息。您可以纳入包括其他人的脾气，他们是否拥有步枪或手枪，他们对您或当事儿童造成威胁等信息。

关于非监护方的事实

如果您是监护方，本部分可能需要您查找旧文件，寻找某些要求的信息。我们在本部分得到越多信息，就能更快为您服务。

如果可能的话，请提供非监护方的社会安全号码或电话号码。如果您不知道确切的出生日期，请提供大概年龄。

请提供非监护方的任何及所有财务资料。如有必要可另附纸张或使用第一页的注释部分。

如果您是非监护方，请务必给我们一个可以在白天联系到您的电话号码。

申请人签名

若没有您的签名，我们不能开启此个案。您的签名表明您已经尽您所能回答了申请表上的问题，并且您要开启此个案。这也表明您已经仔细阅读签名线以上所提供的信息。

此页有意留为空白

儿童抚养服务的简式申请表

DCSS 0373 (07/12/13)

我是： ☐ 监护方　☐ 非监护方

备注：监护方是对未成年子女有主要监护权的人　或一方。

申请人姓名（填写本表格者）

关于监护方或监护人与儿童的事实

全名（姓、名、中间名）		部族成员 ☐ 是 ☐ 否	部族名称	最方便的联系时间 ☐ 早上 ☐ 下午
娘家姓氏（如适当）	与当事儿童之关系 ☐ 父亲 ☐ 母亲 ☐ 其他（请指明）	电话号码 住家： 办公室: 手机	最方便的联系号码 ☐ 住家 ☐ 手机 ☐ 办公室
现任配偶姓名			
地址（街、城市、州和邮政编码）		电子邮件地址	

监护方目前是否与非监护方住在一起？ ☐ 是 ☐ 否 （若「否」，请填写最后一同居住的日期和地址）

日期	地址（街、城市、州和邮政编码）						
社会安全号码	驾驶执照号码	州	出生日期或大概年龄	出生地	种族	家中使用的主要语言	性别： ☐ 女 ☐ 男

目前雇主名称-如果目前没有工作，请在此书写「無業」	职位或职业	每月总收入 $
目前雇主地址（街、城市、州和邮政编码）	是否为子女提供健康医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否	亲戚或朋友的姓名和电话

结婚日期和地点（如果从未结婚，请勾选「无」）				离婚日期和地点（如果没有离婚请勾选「无」）			
与非监护方结婚日期	县	州	☐ 无	离婚日期	县	州	☐ 无

如果父母没有结婚，请回答以下第1至第5题问题。

1. 非监护方是否曾住在加州？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，何时？ _____ 何地？ _____
2. 非监护方是否曾在加州工作？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，何时？ _____ 何地？ _____
3. 是在哪一州受孕怀当事儿童的？
   （使用列于下方每一儿童的号码） 儿童号码_____ 州_____ 儿童号码_____ 州_____ 儿童号码_____ 州 _____
4. 是否在加州的医院或机构签署了一份父子关系声明书？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 若「是」， 何地？ _____
5. 是否建立了父子关系判决？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 若「是」， 何地？ _____

是否有另一儿童抚养机构提供服务？（若「是」，请提供日期、城市和州）

服务日期 从： 到：	接受服务的城市和州	未成年子女是否收到现金辅助？（社会福利） ☐ 是 ☐ 否

法院是否下令非监护方为下方提名的儿童支付子女赡养费？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 未定

法院命令号码	规定金额 $ ☐ 每周 ☐ 每月	命令日期	县	州

列出此非监护方所有未成年子女的全名（如果尚未出生，请写「未出生」，以及预产期）。
（另一非监护方的子女需要一份单独的申请书）

如果子女尚未出生，请在此写「未出生」，	未出生子女的预产期

姓名	性别	生日	出生地（城市和州）	社会安全号码	与您同住的子女	
1.					☐ 是	☐ 否
2.					☐ 是	☐ 否
3.					☐ 是	☐ 否
4.					☐ 是	☐ 否

列出与此非监护方无关的其他未成年子女的全名

姓名	生日	与您同住的子女	
		☐ 是	☐ 否
		☐ 是	☐ 否

注释（如果您需要额外的空间，请另附纸张）

关于非监护方的事实

全名（姓、名、中间名）	部族成员 ☐ 是 ☐ 否	部族名称
娘家姓氏（如适当） 现任配偶姓名	与当事儿童之关系 ☐ 父亲 ☐ 母亲	电话号码 住家： 办公室： 手机：
非监护方的其他名称或别名		电子邮件地址
地址（街、城市、州和邮政编码）		☐ 当前有效 ☐ 截至（日期）为止有效

社会安全号码	驾驶执照号码	州	出生日期或大概年龄	出生地	性别 ☐ 女 ☐ 男

目前在缓刑或假释中？ ☐ 是 ☐ 否

目前在监狱中？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，请提供下列资料：

日期	机构	城市	州	罪行（原因）

此非监护方是不是美国公民？ ☐ 是 ☐ 否 若「否」，请在此提供其为公民的国家：

身体描述：（请提供照片）

种族	肤色	主要语言
头发	身高	识别特征（标记、疤痕、纹身等 ）
眼睛	体重	

目前雇主名称（如果目前没有工 作，请书写「無業」） 目前雇主地址（街、城市、州和邮政编码）	☐ 当前有效 ☐ 截至（日期）为止有效	是否为子女提供健康医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否	每月总收入 $

如果无业或目前雇主不详，请在下方提供最后雇主之名称、地址和电话号码。

最后雇主名称	最后雇主地址（街、城市、州和 邮政编码）	电话号码（包括区域代码）

通常职业、贸易、职称或技能	现役军人：☐ 是 ☐ 否 服务于哪一部门？

非监护方是否为工会会员？ ☐ 是 ☐ 否	工会名称和电话号码	工会地址（街、城市、州和邮政编码）

如果是自雇人士，该业务的名称是什么？ 是固定工人吗？ ☐ 是 ☐ 否 若否，请说明：	每月总收入 $

列出任何其他收入来源或资产。（例如，退伍军人事务部福利、社会安全残疾福利、利息、分红、信托、车辆、船只、房地产等。如有必要，另附纸张）。

母亲娘家姓氏（姓，名）	母亲之街道地址、城市、州和邮政编号	母亲电话号码
父亲姓名（姓，名）	父亲之街道地址、城市、州和邮政编号	父亲电话号码

现任配偶、朋友或亲戚姓名和地址。

姓名	关系	街道地址、城市、州和邮政编号	电话号码

是否有探视子女？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，一个月几次？

是否有任何其他子女的抚养义务？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，请提供数额： $

是否有任何其他未成年儿童在家中？ ☐ 是 ☐ 否 若「是」，几位儿童？

目前婚姻状况： ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 分居 ☐ 与其他人同住

我要求儿童抚养服务部的服务以协助我以下事项：（标记所有适用者）

☐ 建立父子关系 ☐ 获取子女赡养令 ☐ 强制执行现有的子女和配偶赡养令（包括逾期未付款项）	☐ 修改现有的儿童赡养令 ☐ 获得医疗保险命令 ☐ 强制执行现有的医疗保险命令	☐ 此时不需强制执行医疗保险。儿童经由以下所列者而承保满意的医疗保险： ☐ 监护方 ☐ 非监护方

我是根据社会安全福利法第IV-D篇儿童抚养计划申请子女抚养服务。我在伪证罪（刑法第118条）下宣誓，我已检阅了本问卷，并且据我所知和所信，其内容皆属实且正确。

申请人签名	日期

秘密父权问卷（第一部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

请尽量完整填写此表。 案件名称

隐私权声明

根据1977年《个人信息保护条例》（《民法典》第1798.17条）和1974年《联邦隐私权法》（第93-579号公法），向个人收集个人信息时，必须提供此声明。本表格所要求的信息，包括社会安全号码，供加州儿童福利局（DCSS）使用，用于识别您的身份和与您通信联络。根据《社会保障法》第466(a)(13)条，对必须执行离婚批判决书、抚养命令、父权确认或声明的任何个人，加州儿童福利局必须收集其社会安全号码。提供社会安全号码是强制性的，该号码将在地方儿童福利局备案，用于寻找和识别当事人及其资产，以确定、变更和执行其子女抚养义务。为孩子办理医疗保险时，可能要求向父母另一方的雇主透露孩子的社会安全号码和邮寄地址，或将孩子的社会安全号码透露给父母另一方。您的抚养案信息可能会提供给州和能合法获得这类信息的其它机构或供他们讨论，也可能在法律允许的范围内提供给父母另一方或其律师。

1. 请填写母亲的以下个人信息。

母亲姓名			母亲出生日期	
地址	街道	市	州	邮政编码
社会安全号码	住宅电话		工作电话	留言电话

2. 请填写孩子的以下个人信息。

孩子姓名	出生日期（或预产期）
出生地	社会安全号码

3. 请填写父亲的以下个人信息。

父亲姓名			出生日期	
最近所知的地址	街道	市	州	邮政编码
最近所知的电话号码	住宅电话		工作电话	留言电话
最近所知的工作单位（企业性质、名称）				
最近所知的工作单位地址				

体貌特征	身高	体重	头发颜色	眼睛颜色	肤色	种族

4. 有任何法庭命令确认孩子的父亲吗？ ☐ 是 ☐ 否

法庭名称	开庭日期	案件编号
(法庭认定的父亲姓名及地址（如果不同于以上地址） 结果：		
裁决的子女抚养费金额：		

如果法庭确认了父权，或已签署了“父权声明”并在加州备案，则不要求继续回答。请在此表末尾签名。

秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

5. 您怀孕时结婚了吗？如果是，请解释： ☐ 是 ☐ 否

丈夫姓名	您怀孕时与丈夫住在一起吗？	☐ 是 ☐ 否
您们是何时分手的？	您怀孕时您丈夫是否是性无能或没有生育能力？	☐ 是 ☐ 否

如果您在怀孕的时候与您的丈夫住在一起，而且他并非性无能或并非无生育能力，则不必继续回答，请在下面签名。如果不是，则在下面签名后完成第二部分。

6. 说明

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名	年/月/日

签署地点 市 县 州

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。

秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

如果与您面谈时孩子的父亲在场，他愿意在法律上承认其父亲身份，并且在确认父权时积极配合，那么，您这次不需要填写第二和第三部分。	案件名称

1. 母亲姓名

2. 在哪一天怀孕的？	在何地点怀孕？

为什么您认为该日期是正确的？

3. 填写出生证上登记的父亲姓名。

如果他与第一部分第三问?中回答的人不是一同一人，请解释。

4. 该父亲同意在孩子出生证上登记他的名字吗？

☐ 是 ☐ 否

5. 该父亲曾见过这个孩子吗? ☐ 是 ☐ 否	如果是，他说了或做了什么？
6. 该父亲因为孩子而给过您财物吗？ ☐ 是 ☐ 否	解释：
7. 该父亲曾与这个孩子一起生活过吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，何时何地？
8. 该父亲曾承认过这孩子是他的吗？ ☐ 是 ☐ 否	解释：

如果该父亲曾向一些人承认过父亲身份，请提供这些人的姓名和地址。

9. 该父亲愿意签署一项声明以承认自己是孩子的父亲吗？

☐ 是 ☐ 否

10. 您曾收到过该父亲寄来的信函（明信片和信件）而其中提及您的怀孕情况、您做母亲的情况或孩子吗? ☐ 是 ☐ 否	何时收到的？

他说了些什么？

秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

11. 您与该父亲曾一起生活过吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，填写日期。
日期和地址：	
12. 您与孩子的父亲曾结过婚吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，填写结婚日期。
分手日期	
13. 在您怀孕的前一个月、当月和后一个月您还与任何其它人有过性关系吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，填写姓名和地点。

14. 说明

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实?无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名	年 月 日 签署
签署地点 市 县 州	

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。

秘密父权问卷（第三部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

如果与您面谈时孩子的父亲在场，他在法律上承认其父?亲身份，并且在确认父权时积极配合，那么，您这次不需要填写第二和第三部分。	案件名称

1. 母亲姓名	父亲姓名

2. 您为什么认为此人是您孩子的父亲？

3. 您何时开始与孩子的父亲约会？

4. 您在何时以及在何城市或城镇与孩子的父亲发生了第一次性关系？

5. 您何时以及在何城市或城镇与孩子的父亲发生了最后一次性关系？

6. 如果有人（朋友、亲戚、邻居、房东）见到您与孩子的父亲在一起，请填写这些人的姓名和地址以及他们在哪些地方看见过您们在一起：

7. 您和孩子的父亲在汽车旅馆或宾馆登记过吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，何时何地？

请填写曾见到您们在一起住宿的任何目击者的姓名和地址。

8. 孩子的父亲使用过任何避孕方法吗？ ☐ 是 ☐ 否	如果是，请列出使用的方法。

9. 在这次怀孕前您的最后一次月经期是哪一天？

10. 孩子出生时的体重是多少？

11. 怀孕期您的医生叫什么名字？

医生的地址：

12. 您的怀孕情况告诉了孩子的父亲吗？ ☐ 是 ☐ 否	由谁告知的？

孩子的父亲说了些什么？

在告知他的时候还有谁在场？

13. 您曾与孩子的父亲讨论过您的怀孕情况吗？ ☐ 是 ☐ 否	说了些什么？

还有谁听到了这些讨论？

14. 孩子的父亲曾在您怀孕期间向您另外支付或答应另外支付费用吗？ ☐ 是 ☐ 否	解释：

秘密父权问卷（第三部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

15. 孩子的父亲曾支付或答应支付与您怀孕有关的门诊、住院或医疗费吗？ ☐ 是 ☐ 否	解释：
16. 关于孩子的问题，您曾向孩子的父亲写过信吗？ ☐ 是 ☐ 否	何时写的？
您说了些什么？	
17. 孩子长得象其父亲吗？ ☐ 是 ☐ 否	在哪些方面像？
18. 孩子的父亲在申报所得税时曾声称自己有孩子吗？ ☐ 是 ☐ 否	何时？

19. 说明

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名	年 月 日签署
签署地点 市 县 州	

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。

抚养服务请求

DCSS 0055 CHI (02/02/10)

CSE 案件编号：

说明：签署前请详细阅读下文。为合法立案您必须签署。

根据 2005 年的联邦赤字削减法案，儿童抚养服务部可以对从来没有接受过公共援助的案件收取每年 $25 美元的服务费。该服务费用于每年 10 月 1 日收取，收取对象为上一联邦会计年度 （10 月 1 日 - 9 月 30 日）领取至少 $500 美元支助的家庭。该费用将自动从 10 月 1 日后付给监护方下一或未来付款中扣除，直至费用全额收回。

我需要当地儿童抚养机构，帮助我取得子女抚养令，以建立孩子的父系归属或强制执行抚养令。

我了解，我是根据社会安全福利法第 IV- D 篇申请儿这些子女抚养服务。

我会立刻通知儿童扶养机构:

- 当每个孩子结婚时。
- 依发生先后，当每一子女年满 19 岁或当子女年满 18 岁而且不是全职学生时。
- 如果我住址，邮政地址或电话号码更改时。
- 如果我雇主，包括名称，地址和电话号码有所更改。
- 如果我的收入有所更改。
- 如果我的情况，开销，医疗保险范围有所更改。
- 如果有关父母他方下落的任何信息有所改变。
- 如果父母一方或双方迁回与孩子同住，或
- 如果子I女监护，照管或探视权有任何更改。

我了解当地儿童抚养机构，并不代表我，父母他方，或此案中的孩子们。当地儿童抚养机构和我，父母他方或孩子之间律师 - 客户关系。当地儿童抚养机构为我提供所要求的援助服务并不存在有律师与客户的关系。

根据伪证处罚我宣布，我已阅读，理解，并同意所有以下规定条款：

姓名正楷	签名	日期

空白页

亲爱的申请人：

儿童抚养服务部（DCSS）依法律规定必须呈递子女抚养案件信息至联邦政府。联邦政府维护有包括所有国内子女抚养案件的数据库。根据要求，联邦政府将释放案件信息子其他儿童抚养机构; 不过，如果您或孩子在此案中是家庭暴力的受害者，您可能不希望释放您案件的信息。

如果您认为披露您案件信息至联邦政府可能会造成对您或孩子人身或情感上的伤害，请填写并返回家庭暴力问卷（DCSS0048）至您的当地儿童抚养机构。为使请求生效，您必须填写表格。

请填妥表格并邮寄至：当地儿童抚养机构

对于州际案件，除非已提交保密令，必须披露当事人个人身份信息。如果您已经告诉我们获得了保护或限制令或“正当理由”特例，当地儿童抚养机构在发送州际申请至其他州之前，应寻求得“保密令”。保密令是为了防止您的个人信息被泄露给涉及此州际案件的其他各方。

如果您觉得您的地址或其他个人信息的释放，将对您或您的子女的健康，安全或自由构成威胁，并且不持有保护或限制令或不属“正当理由”特例，您可以寻求自己的保密令。这可i经由。获得你自己的法律顾问或在家庭法调解人的协助下。

如果您或子女在这种情况下不是家庭暴力的受害者，你不须返回此表格。此外，重要的是要了解法律禁止DCSS 在没有法院命令的情况下向对方释放您的个人信息。然而，一些文件包括一些您的个人信息可能会提交至法院。

如果您有任何疑问，请上线访问援助网站 www.childsup-connect.ca.gov 上的顾客连线（Customer Connect），或致电顾客连线（CustomerConnect）：1-866-901-3212。听觉或语言障碍人士，请致电TTY：1-866-399-4096。

空白页

家庭暴力问卷调查

DCSS 0048 CHI (02/02/09)

说明：如果您不将此表格填妥并交回我们，儿童抚养服务部或联邦政府可能会将您的案件转遞法庭，儿童抚养服务机构，以及孩子的另一父母或另一监护方。

姓名：_____ 案件编号：_____

对方姓名：_____

第一节：勾选每个问题适当的方框。

1. 您或此案中的孩子是否曾是此儿童抚养案中他方家庭暴力或虐待儿童的受害者？ ☐ 是 ☐ 否

2. 您有此孩子抚养案中对他方的限制令，紧急保护令或禁制令吗？如果答案“是”，请附上此案令副本，并提供以下资料： ☐ 是 ☐ 否

   郡/州：_____ 案令/文案号：_____

   截止日期：_____

3. 如果您或孩子在此案中领取公共援助会增加您或孩子的人身，性或情感上受他方伤害的风险，您想要福利部门审查确定结束此案的适合性吗？此即所谓结束此抚养案的 “正当理由 “。 ☐ 是 ☐ 否

第二节：如果您在第一节中的任何项目回答“是”，你必须完成此部分。

请提供家庭暴力事件的详细信息，包括日期、时间、地点和见证人。（如有须要可附加页面）。

家庭暴力问卷调查

DCSS 0048 CHI (02/09/09)

第三节：请勾选下面如适当方框，签署，注明日期，并将此表格交回至：

当地儿童抚养机构 。

☐ 披露我的地址或其他可以H用来确定我位置的信息，可能会不利于我或此案中的孩子。我要求我的地址或其他识别信息不披露给涉案之他方。在我**以书面通知**儿童抚养服务机构可披露我信息，和当地儿童抚养服务机构确认收到了我的请求前，此请求将持续有效。就我了解，根据联邦法律，一被授权人可以书面请求具管辖权法院，就作出或执行子女抚养或探视权裁定，释放我的信息。当地儿童抚养服务机构将以书面通知法院下令释放我案情的任何信息。

于加利福尼亚州法律伪证处罚法令下，本人宣称以上均为真实及正确无误。

姓名正楷	签名	日期

隐私声明

本通知是依信息惯例法k（1997 年民事法典§1798.17）和 1974 年联邦隐私法（第 5 篇，美国法典条款 552a（e）（3），注 7 ），于收集个人信息时必须提供。此表格所要求的信息是由儿童抚养服务部和当地儿童抚养服务机构所使用，旨在安全防护家庭和/或儿童虐待信息的披露。您所提供的信息可能会提供给联邦政府和法律规定范围内的其他公共机构。如果不提供此信息，将会限制 DCSS 保障您信息的能力。

负责维护此表格的官方机构是：**DCSS Records Officer**，**PO Box 419064**，**MS-110**，**Rancho Cordova**，**CA 95741**，**传真号码： (916) 464-5069** 授权个人资料征集和维护法规可参考，包括加州法k规第 22 篇条款§§112110（h），112300，112301，和 112302，以及家庭法规条款§17212。 此表格副本在您儿童抚养案件结束后，将会被儿童抚养服务部或当地儿童抚养服务机构，以机密文件保持 4 年零 4 个月。 您有权对此表格提出存取要求。**要求请传真：(916) 464-5069 。**

如果您对本通知有任何问题或疑虑，请致电 1-866-901-3212。

探视确认书

DCSS 0053 CHI (08/29/05)

CSE案件编号：

填表人姓名：	本人是 ☐ 监护方 ☐ 非监护父母

第一部分 非监护父母实际探视

说明:

填写过去12个月的探视情况,即:过去 12个月内每个月非监护父母探视子女的小时数。

举例:如果过去12个月是指2002年6月至2003年5月，请在下?表左侧填写 6-12月的情况，年份填写2002年。在下表右侧填写1-5月的情况，年份填写2003年。

月/年	非监护父母每月探视子女的小时数	月/年	非监护父母每月探视子女的小时数
1月/		1月/	
2月/		2月/	
3月/		3月/	
4月/		4月/	
5月/		5月/	
6月/		6月/	
7月/		7月/	
8月/		8月/	
9月/		9月/	
10月/		10月/	
11月/		11月/	
12月/		12月/	
	合计:		合计:

第二部分 共同监护/探视

选择一项: ☐ 共同监护 ☐ 仅探视 ☐ 两者都不是

探视小时数:

定期探视:

从（填写一周中的某一天） （填写时间） （圈定一项） 上午/下午

至（填写一周中的某一天） （填写时间） （圈定一项） 上午/下午

假日探视: ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写日期? /时间:

夏季探视: ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写日期/时间:

整夜探视: ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写日期/时间:

法庭判决的监护/探视安排: ☐ 是 ☐ 否

其它说明:

本人声明，据我所知所信，以上信息准确无误。我知道,这些信息可能要提供给父母另一方核实,任何一方都可能被要求提供证明材料。

姓名（印刷体） 签名 日期

医疗保险信息表

DCSS 0054 CHI (04/27/05)

县: 电话: LCSA 案件编号:

非监护父母:

全名（名、中间名、姓、后缀)	本人是 ☐ 监护方 ☐ 非监护父母 ☐ 雇主
地址（街道）	市，州，邮政编码
电话	社会安全号码
雇主（名称、街道、市、州、邮政编码、电话)	

说明:如果医疗保险可以从非监护父母或?雇主那里获得或由其提供,则请填写第一部分。

第一部分：您的医疗保险

医疗保险:
您目前参加了医疗保险吗? ☐ 是 ☐ 否 如果是，请填写以下信息。

医疗保险公司或工会(提供工会的当地号码)	提供者： ☐ 监护方 ☐ 非监护父母 ☐ 雇主 其它： 关系：
保险公司地址:街道、房号或单元号 （理赔金邮寄地址)	电话号码（包括区号）
市 州 邮政编码	保单号码

保险费金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
您支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
雇主支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月

适用于雇员医疗保险 部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险 部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保 险所需要的费用

已参加医疗保险的受抚养人

姓名（名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 若参加了您的医疗保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

☐ 不向受抚养人提供

保单覆盖项目(勾选所有适用的项目)：

☐ 医生门诊 ☐ 补充医疗保险 ☐ 特种疾病 ☐ 处方药

☐ 长期护理 ☐ 住院 ☐ 医院门诊 (即：试验室检查和物理疗法) ☐ 其它（请说明）

牙科保险:

您目前参加了牙科保险吗? ☐ 是 ☐ 否 如果是，请填写以?下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码

保险费金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
您支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
雇主支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月

适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)

参加了牙科保险的受抚养人

姓名（名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 若参加了您的牙科保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

☐ 不向受抚养人提供

视力保险:

您目前参加了视力保险吗 ☐ 是 ☐ 否 如果是，请填写以?下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码

保险费金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
您支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月
雇主支付的金额(美元)	选择一项:	☐ 每周	☐ 每两周 ☐ 每半月

适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)

参加了视力保险的受抚养人

姓名（名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 若参加了您的视力保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

☐ 不向受抚养人提供

第二部分：父母另一方的保险

医疗保险:
父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗? ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写以下信息。

医疗保险公司名称

医疗保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市 州 邮政编码

牙科保险:
父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗? ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写以下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市 州 邮政编码

视力保险:
父母另一方目前为孩子或您提供视力保险吗? ☐ 是 ☐ 否
如果是，请填写以下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市 州 邮政编码

第三部分：（必须填写)

☐ 我已附上了孩子的保险卡/保险资料。

☐ 目前我没有孩子的保险卡/保险资料。我从保险公司获得了这些资料后将寄给你们。

☐ 目前，尚无可以参加的医疗保险。我知道,当可以参加保险时,我将让孩子参保。不能参保的原因是:

☐ 没有提供 ☐ 季节性 ☐ 零时工 ☐ 被拒绝参加 ☐ 保费不合理 ☐ 符合试用期/试用日条件

隐私权声明

根据1997年《个人信息保护条例》(《民法典》第 1798.17条）和1974年《联邦隐私权法》(第 93-579号公法），向个人收集个人信息时,必须提供此声明。本表格所要求的信息,包括社会安全号码,供加州儿童福利局(DCSS）使用，用于识别您的身份和与您通信联络。根据《社会保障法》第466(a)(13)条，对必须执行离婚批判决书、抚养费命令、父权确认或声明的任何个人,加州儿童福利局必须收集其社会安全号码。

提供社会安全号码是强制性的,该号码将在地方儿童福利局备?案,用于寻找和识别当事人及其资产,以确定、变更和执行其子女抚养义务。为孩子办理医疗保险时,可能要求向父母另一方的雇主透露孩子的社会安全号码和邮寄地址,或将孩子的社会安全号码透露给父母另一方。

您的案件信息可能会提供给州和能合法获得这类信息的其它机构或供他们讨论,也可能在法律允许的范围内提供给父母另一方或其律师。

签名 日期

姓名（印刷体） 电话号码(包括区号)

称谓

空白页

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY *(Name, State Bar number, and address):*	*FOR COURT USE ONLY*
TELEPHONE NO.: E-MAIL ADDRESS *(Optional):* ATTORNEY FOR *(Name):*	
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:	
PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	
INCOME AND EXPENSE DECLARATION	CASE NUMBER:

1. **Employment** *(Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)*

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

a. Employer:
b. Employer's address:
c. Employer's phone number:
d. Occupation:
e. Date job started:
f. If unemployed, date job ended:
g. I work about hours per week.
h. I get paid $ gross (before taxes) ☐ per month ☐ per week ☐ per hour.

(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

2. **Age and education**
   a. My age is *(specify):*
   b. I have completed high school or the equivalent: ☐ Yes ☐ No If no, highest grade completed *(specify):*
   c. Number of years of college completed *(specify):* ☐ Degree(s) obtained *(specify):*
   d. Number of years of graduate school completed *(specify):* ☐ Degree(s) obtained *(specify):*
   e. I have: ☐ professional/occupational license(s) *(specify):*
   ☐ vocational training *(specify):*

3. **Tax information**
   a. ☐ I last filed taxes for tax year *(specify year):*
   b. My tax filing status is ☐ single ☐ head of household ☐ married, filing separately
   ☐ married, filing jointly with *(specify name):*
   c. I file state tax returns in ☐ California ☐ other *(specify state):*
   d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes *(specify):*

4. **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at *(specify):* $
This estimate is based on *(explain):*

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME) (SIGNATURE OF DECLARANT)

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-150 [Rev. January 1, 2007]

Family Code, §§ 2030–2032, 2100–2113, 3552, 3620–3634, 4050–4076, 4300–4339
www.courtinfo.ca.gov

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:

Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. ***(Black out your social security number on the pay stub and tax return.)***

5. **Income** *(For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)*

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes)	$	
b. Overtime (gross, before taxes)	$	
c. Commissions or bonuses	$	
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) or bonuses ☐ currently receiving	$	
e. Spousal support ☐ from this marriage ☐ from a different marriage	$	
f. Partner support ☐ from this domestic partnership ☐ from a different domestic partnership	$	
g. Pension/retirement fund payments	$	
h. Social security retirement (not SSI)	$	
i. Disability: ☐ Social security (not SSI) ☐ State disability (SDI) ☐ Private insurance	$	
j. Unemployment compensation	$	
k. Workers' compensation	$	
l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) *(specify):*	$	

6. **Investment income** *(Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)*

a. Dividends/interest	$	
b. Rental property income	$	
c. Trust income	$	
d. Other *(specify):*	$	

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** $ _____ _____

I am the ☐ owner/sole proprietor ☐ business partner ☐ other *(specify):*

Number of years in this business *(specify):*

Name of business *(specify):*

Type of business *(specify):*

Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.

8. ☐ **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months *(specify source and amount):*

9. ☐ **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because *(specify):*

10. **Deductions**

	Last month
a. Required union dues	$
b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA)	$
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums *(total monthly amount)*	$
d. Child support that I pay for children from other relationships	$
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage	$
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership	$
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer *(attach explanation labeled "Question 10g")*	$

11. **Assets**

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts	$
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell	$
c. All other property, ☐ real and ☐ personal *(estimate fair market value minus the debts you owe)*	$

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:

12. **The following people live with me:**

Name	Age	How the person is related to me? *(ex: son)*	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a.				☐ Yes ☐ No
b.				☐ Yes ☐ No
c.				☐ Yes ☐ No
d.				☐ Yes ☐ No
e.				☐ Yes ☐ No

13. **Average monthly expenses** ☐ Estimated expenses ☐ Actual expenses ☐ Proposed needs

a. Home:

(1) ☐ Rent or ☐ mortgage. . . $ _____

If mortgage:

(a) average principal: $ _____

(b) average interest: $ _____

(2) Real property taxes . . . . . $ _____

(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) . . . . . $ _____

(4) Maintenance and repair . . . . . $ _____

b. Health-care costs not paid by insurance. . . $ _____

c. Child care . . . . . $ _____

d. Groceries and household supplies. . . . . $ _____

e. Eating out. . . . . $ _____

f. Utilities (gas, electric, water, trash) . . . . . $ _____

g. Telephone, cell phone, and e-mail . . . . . $ _____

h. Laundry and cleaning . . . . . $ _____

i. Clothes . . . . . $ _____

j. Education. . . . . $ _____

k. Entertainment, gifts, and vacation. . . . . $ _____

l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) . . . . . $ _____

m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance) . . . . . $ _____

n. Savings and investments. . . . . $ _____

o. Charitable contributions. . . . . $ _____

p. Monthly payments listed in item 14 *(itemize below in 14 and insert total here)*. . $ _____

q. Other *(specify)*: . . . . . $ _____

r. **TOTAL EXPENSES** (a–q) *(do not add in the amounts in a(1)(a) and (b))* $ _____

s. **Amount of expenses paid by others** $ _____

14. **Installment payments and debts not listed above**

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	
		$	$	

15. **Attorney fees** *(This is required if either party is requesting attorney fees.)*:

a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs *(specify)*: $

b. The source of this money was *(specify)*:

c. I still owe the following fees and costs to my attorney *(specify total owed)*: $

d. My attorney's hourly rate is *(specify)*: $

I confirm this fee arrangement.

Date:

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY) (SIGNATURE OF ATTORNEY)

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:

CHILD SUPPORT INFORMATION
(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)

16. **Number of children**
    a. I have *(specify number):* children under the age of 18 with the other parent in this case.
    b. The children spend percent of their time with me and percent of their time with the other parent.
    (If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)

17. **Children's health-care expenses**
    a. ☐ I do ☐ I do not have health insurance available to me for the children through my job.
    b. Name of insurance company:
    c. Address of insurance company:

    d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be *(specify)*:$
    (Do not include the amount your employer pays.)

18. **Additional expenses for the children in this case** — Amount per month
    a. Child care so I can work or get job training. . . . . $ _____
    b. Children's health care not covered by insurance . . . . . $ _____
    c. Travel expenses for visitation . . . . . $ _____
    d. Children's educational or other special needs *(specify below)*:. . . . . $ _____

19. **Special hardships.** I ask the court to consider the following special financial circumstances *(attach documentation of any item listed here, including court orders):*

	Amount per month	For how many months?
a. Extraordinary health expenses not included in 18b.	$ _____	_____
b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss)	$ _____	_____
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me	$ _____	_____

    (2) Names and ages of those children *(specify):*

    (3) Child support I receive for those children. . . . . $ _____

    The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because *(explain):*

20. **Other information I want the court to know concerning support in my case** *(specify):*

抚养费支付历史申报

DCSS 0569 CHI (02/10/09)

填写申报说明

支付历史

此页反面是您此案所申报的抚养费支付历史。您被要求完成列出按月，按年所该被支付的抚养费金额（依法庭所定）和已被支付的金额。这些数据将有助于确定过去可能被拖欠的抚养费金额。

您必须在单独页面（或数张页面）完成子女抚养费，配偶扶养费，家庭支援，医疗支援，未偿付的医疗费用，以及其他被未列出类型的援助。**不要合计子女抚养费和配偶扶养费，除非法院命令将此两笔金额合计为家庭支援项目。**

在核准金额列，填写自法院命令开始以来每月到期的抚养费金额。如果法院命令有所更改，确保每月列出正确的抚养费支付金额。

在金额支付列，注明该月的抚养费支付金额。如果给定月份的金额支付超过一次，列出支付的总金额。**将实际金额列在已支付月份旁，而不是将被支付的月份或数个月份旁。**必要时，您可以附加页面。

请注意此申报不具保密性，可能会交予此案的父母他方做审查。如果付款历史具有差异，双方可能会被要求提出注`销支票或收据等做为证明。

正确并工整地完成此申报，确保过期抚养费欠款金额没有错误和混淆。

抚养费支付历史申报

DCSS 0569 CHI (02/10/09)

填表人 (姓名): _____ 我是： ☐ 监护方 ☐ 非监护方

支付历史 (请勾选一项): ☐ 孩子 ☐ 配偶 ☐ 家庭

☐ 未被偿还的医疗费用 ☐ 医疗 ☐ 其他 (列举): _____

	年_____		年_____		年_____	
	核准金额	支付金额	核准金额	支付金额	核准金额	支付金额
一月						
二月						
三月						
四月						
五月						
六月						
七月						
八月						
九月						
十月						
十一月						
十二月						

	年_____		年_____		年_____	
	核准金额	支付金额	核准金额	支付金额	核准金额	支付金额
一月						
二月						
三月						
四月						
五月						
六月						
七月						
八月						
九月						
十月						
十一月						
十二月						

于加利福尼亚州伪证刑罚法律下，我声明前述情况正确属实。我知道这可能会被提供给另一方父母进行验证，以及任何一方可被要求提供文件证明。

签名： _____ 日期： _____ CSE 案件编号： _____