УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОГРАММЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

DCSS 0064 RUS (02/10/10)

ЧЕМ ВАМ МОГУТ ПОМОЧЬ ОРГАНЫ ПОМОЩИ ДЕТЯМ:

У всех детей есть право на поддержку обоих родителей. Любое лицо, включая родителя, не имеющего прав опекуна, вне зависимости от того, получает ли он или она государственную помощь, может подать заявку на получение помощи. Некоторые из имеющихся услуг:

- определение местонахождения родителей (родителя) для обеспечения помощи ребенку в судебном порядке;
- установление отцовства (законное отцовство);
- выпуск ордера на помощь ребенку и/или медицинскую помощь (страхование здоровья);
- осуществление в судебном порядке ордера на помощь ребенку и/или медицинскую помощь;
- изменение существующего судебного ордера на помощь ребенку и/или медицинскую помощь;
- осуществление в судебном порядке ордера на оказание помощи супругом с ордером на помощь ребенку;
- истребование и распределение выплат, связанных с помощью ребенку.

УСЛУГИ ОПЕКУНСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАНЕСЕНИЯ ВИЗИТОВ РЕБЕНКУ ОДНИМ ИЗ РОДИТЕЛЕЙ НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ.

МЕСТНОЕ АГЕНТСТВО ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОКАЗЫВАЕТ УСЛУГИ ОТ ИМЕНИ ОКРУГА. МЕСТНОЕ АГЕНТСТВО ПОМОЩИ ДЕТЯМ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ВАС И НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВАШИМ ПОВЕРЕННЫМ. ПОСКОЛЬКУ ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ КЛИЕНТОМ МЕСТНОГО АГЕНТСТВА ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОНО МОЖЕТ В БУДУЩЕМ ОКАЗЫВАТЬ ВАМ ИЛИ ДРУГОМУ РОДИТЕЛЮ УСЛУГИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ, И ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ВАМИ ИНФОРМАЦИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИВИЛЕГИРОВАННОЙ ИЛИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ КАК ПРИ ОТНОШЕНИЯХ ПОВЕРЕННЫЙ-КЛИЕНТ.

СОТРУДНИЧЕСТВО С ОРГАНАМИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Запрашивая услуги, вы должны обеспечивать сотрудничество местному агентству помощи детям, предоставляя любую информацию или документы, необходимые для установления отцовства и/или местоположения другого родителя и получения выплат на вашего ребенка в качестве помощи. Как только вы направите запрос об оказании услуг местному агентству помощи детям, последнее определит, какие шаги целесообразно предпринять. Все пособия должны быть осуществлены через Службу выплаты пособий штата. Если выплаты осуществляются непосредственно вам, то их необходимо направить Службе выплаты пособий штата.

Когда вы подаете заявление на или получаете услуги по выплате пособий, вы несете ответственность за незамедлительное извещение агентства помощи детям о любых изменениях, которые могут оказать влияние на ваше дело по оказанию помощи ребенку или на работу местного агентства помощи детям. Например:

- ребенок уходит из вашего дома;
- меняется адрес или номер телефона (включая переезд в другой округ, штат или страну);
- прекращение предоставления государственной помощи, например по программе штата Калифорния Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) - "Предоставление работы и ответственность перед детьми";
- изменение имени;
- инициация развода или другого судебного дела с участием вашего ребенка;
- информация касательно другой стороны;
- прямое получение какого-либо пособия на ребенка, включая от супруга, или помощи семье.

В соответствии с Разделом 45 Свода федеральных нормативных актов, пункт 303.3, во всех делах, направляемых местному агентству помощи детям, или при получении заявки на оказание услуг, агентство должно попытаться определить местонахождение всех родителей, не являющихся опекунами, источников дохода и/или активов, если это необходимо для следующего целесообразного действия. Если это целесообразно и применимо к вашему делу (делам), местное агентство помощи детям должно попытаться получить подтверждение информации от Администрации социального обеспечения с помощью сверки данных.

ВАШИ ПРАВА

Вы имеете право получить юридическую консультацию у частного адвоката или в юридической службе за свой счет. Если вы нанимаете адвоката, вы должны сообщить об этом местному агентству помощи детям. Для получения бесплатной информации и/или юридической помощи вы можете связаться с Офисом консультанта по семейному праву Верховного суда. Вы также можете получить юридические услуги, бесплатно или со скидкой, в вашей юридической службе.

Если у вас есть ордер на выплату пособия в штате Калифорния, вы можете попросить местное агентство помощи детям пересмотреть ваш ордер и определить, подлежит ли изменению размер пособия на основании общегосударственных инструкций. Если сумма пособия не подлежит пересмотру, местное агентство помощи детям обязано по запросу предоставить вам или другому родителю информацию о том, как получить бланки на подачу запроса в суд об изменении суммы пособия. Консультант по семейному праву также может оказать бесплатную помощь. Местное агентство помощи детям должно сообщить вам дату, время и цель каждого судебного заседания об отцовстве или пособии. У вас есть право ознакомиться с материалами суда, если такая информация не запрещена законом к разглашению.

По вашей просьбе местное агентство помощи детям может предоставить вам копии последнего приказа, подшитого к вашему делу. Вы можете обратиться в суд для осуществления ордера о предоставлении пособия в судебном порядке, однако перед этим вы должны предоставить местному агентству помощи детям уведомление о том, что вы намереваетесь самостоятельно подать иск. Если местное агентство помощи детям не отвечает на ваше уведомление в течение тридцати (30) дней или если оно дает разрешение, вы можете подать иск на осуществление ордера в судебном порядке в Верховный суд, при этом любая помощь должна выплачиваться через местное агентство помощи детям.

Местное агентство помощи детям должно иметь разрешение получателя негосударственной помощи до подачи соглашения касательно ордера на выплату пособия, в котором такое лицо обозначено как сторона. Без согласия получателя негосударственной помощи местное агентство помощи детям не может заключать соглашение, которое уменьшит сумму невзысканного пособия, если получатель имеет право на выплату такого невзысканного пособия, которое превышает сумму государственного пособия, выплачиваемого получателю.

Если вы не получаете государственное пособие, выплаты, которые получает штат, применяются в следующем порядке:

1. Текущее месячное пособие;
2. Проценты;
3. Просроченное пособие; а также
4. Будущие обязательства.

Возмещение федерального подоходного налога, которое должно быть выплачено родителю, не являющемуся опекуном, может быть задержано агентством помощи детям, и процедура подачи заявления на него отличается от других платежей. Согласно федеральному законодательству данные средства не могут применяться для выплаты текущего пособия. Они должны применяться для выплаты просроченного пособия. Если сторона-опекун получает государственное пособие, включая медицинскую страховку штата Калифорния, просроченное пособие, которое подлежит выплате государству, должно быть выплачено в первую очередь.

Все дела, по которым возможен взаимозачет возмещения федерального подоходного налога, также возможен административный взаимозачет. По следующим видам платежей возможен административный взаимозачет. Они включают в себя как регулярные, так и нерегулярные платежи. Регулярными считаются платежи, которые выплачиваются постоянно, регулярно, либо повторяются. Нерегулярные платежи выплачиваются единовременно и их повторение не предполагается; примером такого платежа является единовременная выплата при выходе на пенсию.

Федеральные платежи, в настоящее время включенные в административный взаимозачет: федеральные выплаты при выходе на пенсию, платеж кредитору и другие платежи (например, возмещение расходов и дорожные расходы).

Административный взаимозачет и зачет возмещения федерального налога разрешены Разделом 31 Свода законов США, пункт 3716, Разделом 42 Свода законов США, пункт 664, Разделом 26 Свода законов США, пункт 6402, Секция пункт, и Разделом 45 Свода федеральных правил, пункт 303.72.

Возмещение государственного подоходного налога и лотерейные выигрыши, которые подлежат выплате родителю, не являющемуся опекуном, также могут быть приостановлены агентством помощи детям, и они используются в соответствии с положениями о распространении Программы помощи детям (Руководство по политике и порядку действия, пункты 12-415 и 12-420). Выплаты Комиссии по налогам на франшизу и лотерейные выигрыши используются для выплаты всех текущих пособий, затем для просроченных пособий на ребенка, включая просроченные медицинские пособия.

Согласно Закону о снижении федерального бюджета от 2005 года, Управление помощи детям может взимать ежегодную комиссию в размере $25 за каждое дело, по которому пособие не было выдано. Указанная комиссия будет оцениваться каждый год 1 октября по каждому делу, по которому семье было выплачено как минимум $500 в предыдущий федеральный финансовый год, (1 октября - 30 сентября). Комиссия будет автоматически вычтена из следующих выплат, предоставленных стороне-опекуну после 1 октября, до полной выплаты комиссии.

КРОМЕ ТОГО, НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ШТАТЫ БЕРУТ КОМИССИЮ ЗА УСЛУГИ. ЕСЛИ ВАШЕ ДЕЛО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ТЕРРИТОРИЮ ОДНОГО ИЗ ТАКИХ ШТАТОВ, ОНИ МОГУТ ВЫЧЕСТЬ КОМИССИЮ ИЗ ПОСОБИЯ ИЛИ ДОБАВИТЬ ЕЕ К СУММЕ, ПОДЛЕЖАЩЕЙ УПЛАТЕ.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИСТРЕБОВАНИИ И РАСПРЕДЕЛЕНИИ

Сторона-опекун будет ежемесячно получать Уведомление об истребовании и распределении средств на пособие. В Уведомлении будут показаны все пособия, которые были истребованы и выплачены в течение периода, упомянутого в нем, а также то, были ли средства использованы на выплату текущих или просроченных пособий. Уведомление об истребовании и распространении не будет предоставляться в месяц, когда пособие не было получено или выплачено.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА ШТАТА КАЛИФОРНИЯ

Одному или обоим родителям может быть выставлено требование обеспечить медицинское страхование, если оно имеется по разумной цене. В целом, стоимость медицинского страхования разумна, если это групповое страхование здоровья по месту работы или другое групповое страхование здоровья. Однако же, при определении разумной стоимости суд также рассмотрит фактическую стоимость медицинского страхования для родителя (родителей).

Местное агентство помощи детям попросит суд составить или изменить ордер о предоставлении помощи ребенку таким образом, чтобы обязать родителя (родителей) предоставлять страхование здоровья, если его можно получить по разумной цене. Родитель-опекун может также запросить у местного агентства помощи детям изменить ордер о предоставлении помощи ребенку таким образом, чтобы включить в него положение о страховании здоровья. Это может повлиять на сумму ежемесячно выплачиваемого пособия. Если родителя, не являющегося опекуном, обязывают предоставить страховое покрытие медицинских услуг, местное агентство помощи детям свяжется с родителем, не являющимся опекуном, и при необходимости ее или его работодателем, чтобы обеспечить медицинскую страховку для ребенка. После получения местным агентством помощи детям информации о полисе она будет предоставлена родителю-опекуну.

Наличие частного страхового покрытия медицинских услуг не является препятствием для того, чтобы Сторона-опекун пользовалась Медицинской страховкой штата Калифорния. Если Сторона-опекун получает Медицинскую страховку штата Калифорния и имеет индивидуальную или групповую частную медицинскую страховку (включая покрытие стоматологических и офтальмологических услуг), федеральное и государственное законодательство обязывает Сторону-опекуна сообщить об этом Окружному отделу социального обеспечения (County Welfare Department, CWD), учреждению здравоохранения и агентству помощи детям. Непредоставление указанной информации является правонарушением. Сторона-опекун должна предоставить отчет служащему CalWORKs, определяющему право на льготы, и/или агентству помощи детям в течение десяти (10) дней при изменении или прекращении действия частного медицинского страхования. Сторона-опекун должна также сообщить служащему CalWORKs, определяющему право на льготы, и/или агентству помощи детям о каком-либо судебном приказе касательно страхования здоровья.

Если Сторона-опекун получает только медицинскую страховку штата Калифорния, Сторона-опекун должна обеспечивать сотрудничество в установлении отцовства и получении медицинского пособия в качестве условия продления права на льготы, обеспечиваемые медицинской страховкой штата Калифорния, если Сторона-опекун не подала заявление о "веской причине" (WA 51) с разрешением не сотрудничать и ООСО не утвердил его. Ваш ребенок (дети) все равно будут иметь право на медицинскую страховку штата Калифорния. Кроме того, все пособия будут выплачиваться, если Сторона-опекун не сообщит местному агентству помощи детям, что он или она не хочет получать услуги, которые не связаны с получением медицинского пособия и установлением отцовства. Получение медицинского пособия может снизить сумму получаемого пособия на ребенка. В случаях, когда оба родителя присутствуют дома, местное агентство помощи детям устанавливает только отцовство.

Согласно федеральному закону [Раздел 42 Свода Законов США, пункт 1396(a) (25)], страхование здоровья, которое распространяется на получателя медицинского страхования штата Калифорния, являющегося стороной дела о выплате в судебном порядке медицинского пособия или пособия на ребенка, используется следующим образом:

Поставщик услуг выставит счет компании Medi-Cal. Medi-Cal осуществит выплату поставщику услуг. Затем компания Medi-Cal истребует выплату по другому страховому покрытию медицинских услуг. Вы не несете ответственности за какое-либо долевое участие в страховании (совместное страхование, совместная выплата или отчисления), если не стоит необходимость совместной выплаты и долевого участия в расчетах с Medi-Cal. Поставщик услуг может выставить вам счет за услуги, если вы не оказываете содействие путем предоставления частного страхового полиса на медицинское обслуживание. Если другим вашим медицинским страховым полисом является Предварительно оплаченный план медицинского обслуживания (ПОПМО) или Организация медицинского обеспечения (ОМО), вы должны пользоваться возможностями плана для получения регулярного медобслуживания. За исключением обслуживания за пределами района или неотложной помощи, Medi-Cal не оплачивает услуги, оказанные поставщиком услуг, не связанным с вашими ПОПМО/ОМО. Счет за обслуживание за пределами района или неотложную помощь должен выставляться ПОПМО/ОМО.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С РУКОВОДСТВОМ ПО ПОМОЩИ ДЕТЯМ

ПОЛОЖЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Политика штата Калифорнии направлена на обеспечение равного отношения ко всем людям, а также того, чтобы принадлежность к этнической группе, раса, цвет кожи, национальное происхождение, политические взгляды или принадлежность, религия, пол, возраст или инвалидность не стали причиной исключения кого-либо из участия и лишения преимуществ любой программы или услуги, или поводом для иного обращения, чем с другими людьми.

У каждого местного агентства помощи детям есть уполномоченный Координатор по гражданским правам. Любой заявитель/получатель, который считает, что в обращении с ним имеет место дискриминация, может подать жалобу на дискриминацию, связавшись с уполномоченным Координатором по гражданским правам местного агентства помощи детям через Государственный центр помощи клиентам (ГЦПК) или написав в Управление помощи детям штата Калифорния (California Department of Child Support Services), вниманию: California Department of Child Support Services, Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064 or call (866) 901-3212.

РАЗРЕШЕНИЕ ЖАЛОБ – ИНФОРМАЦИЯ О СЛУШАНИЯХ НА УРОВНЕ ШТАТА

ПРАВО НА РАЗРЕШЕНИЕ ЖАЛОБ:

- Если Вы имеете жалобу против местного агентства по вопросам алиментов на детей относительно любого действия или бездействия в отношении дела об алиментах на Вашего ребенка, Вы имеете право запросить обжалования решения в местном агентстве по вопросам алиментов на детей.
- Вы можете подать жалобу в письменном виде заполнив форму запроса на решение жалобы, или Вы можете позвонить в местное агентство по вопросам алиментов на детей.
- ***ВАЖНО: Ваш запрос на обжалование решений должен быть сделан в течение 90 дней со дня, в который Вы узнали или должны были узнать о предмете Вашей жалобы.***
- Местное агентство по вопросам алиментов на детей имеет 30 дней с даты получения им Вашей жалобы, чтобы дать Вам письменное решение Вашей жалобы, если только местное агентство по вопросам алиментов на детей не нуждается в дополнительной информации или времени, чтобы разрешить Вашу жалобу. Местное агентство по вопросам алиментов на детей свяжется с Вами, если ему понадобится дополнительная информация или время для решения Вашей жалобы.

ПРАВО НА СЛУШАНИЯ НА УРОВНЕ ШТАТА:

- Если местное агентство по вопросам алиментов не отвечает Вам в течение 30 дней после получения Вашей жалобы, Вы имеете право запросить слушаний на уровне штата перед судьей по административному праву. ***ВАЖНО: Ваш запрос на проведение слушаний на уровне штата должен быть сделан в течение 90 дней, после того как Вы обратились с жалобой в местное агентство по вопросам алиментов на детей.***
- Если местное агентство по вопросам алиментов на детей не отвечает Вам в течение 30 дней после подачи Вами обжалования, и Вы не удовлетворены решением или ответом местного агентства по вопросам алиментов на детей на жалобу, Вы имеете право запросить слушаний на уровне штата перед судьей по административному праву. ***ВАЖНО: Ваш запрос на слушания на уровне штата должен быть сделан в течение 90 дней после того, как Вы получили письменный ответ местного агентства по вопросам алиментов на детей на Вашу жалобу***
- Вы можете запросить проведения слушаний на уровне штата в письменной форме, посылая форму запроса на проведение слушаний на уровне штата в офис судебных слушаний штата, или Вы можете позвонить по бесплатному телефону 1-866-289-4714 в офис судебных слушаний штата.
- Офис слушаний на уровне штата сообщит Вам дату, время и место слушаний Вашего дела.
- Офис слушаний на уровне штата обеспечивает Вам переводчика или приспособления для инвалидов на слушаниях на уровне штата, если Вы нуждаетесь в них.
- ***ВАЖНО: не все жалобы могут быть заслушаны на слушаниях на уровне штата.***

Слушания на уровне штата могут быть назначены только по следующим вопросам:

- Заявление на получение алиментов на ребенка было отклонено или не было рассмотрено в полагающиеся временные рамки.
- Дело о предоставлении услуг по вопросам алиментов на ребенка было рассмотрено в нарушение федерального закона или нормы или закона или нормы штата, или нормативов Департамента по вопросам алиментов на детей штата Калифорния, или не было рассмотрено в необходимые сроки, включая услуги по учреждению, модификации и взысканию алиментов по судебным ордерам и счетам по получению алиментов на детей.
- Взысканные алименты не были распределены, или были неправильно распределены или распределены несправедливо, или сумма недоимок по алиментам на детей, вычисленная местным агентством по вопросам алиментов на детей, является неточной.
- Решение местного агентства по вопросам алиментов на детей закрыть дело об алиментах на ребенка.

ВАЖНО: следующие вопросы не могут слушаться на слушаниях на уровне штата:

- Вопросы алиментов на детей, которые могут быть адресованы посредством ходатайства, приказа о представлении основания, или судебной апелляции.
- Пересмотр какого-либо судебного ордера об алиментах на детей или взыскания недоимок по алиментам.
- Судебной приказ или эквивалентное определение отцовства.
- Судебный ордер на алименты супруге(у).
- Определение опекунства над ребенком.
- Определение права посещения ребенка.
- Жалобы по обвинению в невежливом обращении со стороны сотрудника местного агентства по вопросам алиментов на детей, если только такое поведение не привело к действию или бездействию, могущему стать предметом слушаний.

УСЛУГИ ОМБУДСМЕНА:

- Каждое местное агентство по вопросам алиментов на детей имеет омбудсмена, доступного для помощи Вам посредством разрешения жалоб и/или процесса слушаний на уровне штата.
- Омбудсмен может помочь Вам получить информацию, касающуюся Вашей жалобы, чтобы помочь Вам подготовиться к слушаниям на уровне штата.
- ***ВАЖНО: омбудсмен не может представлять Вас на слушаниях на уровне штата или давать Вам юридическую консультацию.***

ИНСТРУКЦИИ К УПРОЩЕННОМУ БЛАНКУ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

DCSS 0373 (07/12/13)

Обработка Вашего дела зависит от информации, которую Вы предоставите в настоящем бланке. Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации. Отвечайте на все вопросы полностью. Если Вы не знаете ответ, впишите печатными буквами «UNKNOWN» (НЕИЗВЕСТНО). Если вопрос не относится к Вам, впишите печатными буквами «N/A» (НЕ ОТНОСИТСЯ).

Перед тем, как приступить к бланку, ознакомьтесь с руководством социальной помощи детям «Child Support Handbook». В данном руководстве дается информация об услугах, доступных в местном агентстве социальной помощи детям. Также ознакомьтесь с уведомлением о принудительном исполнении предписаний на выплату алиментов. В данном уведомлении описано, какую ответственность Вы несете перед местным агентством социальной помощи детям, и какую ответственность несет такое агентство пред Вами. Юристы местного агентства социальной помощи детям, Генеральный прокурор или их любые представители не являются Вашими юристами или юристами Вашего ребенка..

Пожалуйста, заполните весь бланк ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ручкой ЧЕРНОГО цвета.

ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНЕ С ПРАВОМ ОПЕКИ ИЛИ ОПЕКУНЕ И О РЕБЕНКЕ (ДЕТЯХ)

Данный раздел касается лица или стороны с правом опеки на ребенка (детей). Пожалуйста, заполните весь раздел. Если Вы являетесь стороной с правом опеки, обязательно предоставьте свой номер телефона, по которому мы сможем с Вами связаться в течение дня.

Если дети, указанные в заявлении, имеют различных родителей без права опеки, необходимо заполнить отдельные заявления для каждого из родителей. Если Вам нужно дополнительное место, чтобы внести информацию для любого раздела, приложите отдельный лист бумаги или внесите информацию в разделе для комментариев, который находится в конце первой страницы.

Пожалуйста, перечислите всех детей указанных родителей, для которых делается запрос на получение социальной помощи. Укажите полное имя каждого ребенка, включая имя, отчество, фамилию и дополнение к имени (Младший, Старший, III и т. д.)

В данном разделе есть несколько вопросов, которые связаны с определением биологического отца ребенка (детей), указанного в заявлении. В одном из вопросов спрашивается, была ли подписана Декларация об отцовстве. При подписании Декларации об отцовстве обоими родителями (обычно в больнице или клинике), эта декларация становится официальным документом, указывающим на то, кто приходится законным отцом. Подписав данный документ и предоставив его в Департамент социальной помощи детям, вы юридически устанавливаете отца ребенка без необходимости обращаться в суд.

Во втором вопросе спрашивается, было ли вынесено судебное решение об отцовстве. Судебное решение об отцовстве - постановление суда, которое посредством судебного процесса определяет биологического отца ребенка (детей). Определение биологического отца необходимо для судебного постановления об алиментах.

Комментарии: При необходимости, в данный раздел можно внести любую дополнительную информацию, которая, по Вашему мнению, поможет нам установить и внести в принудительное исполнение постановление об алиментах на ребенка (детей). Вы можете включить информацию о темпераменте этого человека, о том, есть ли у него винтовки или оружие, угрожал ли этот человек Вам или ребенку (детям) и т. д.

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ

Если Вы являетесь стороной с правом опеки, Вам, возможно, будет необходимо просмотреть старые документы, чтобы найти информацию, необходимую для заполнения данного раздела. Чем больше информации Вы предоставите в данном разделе, тем быстрее мы сможем помочь Вам.

По возможности, пожалуйста, предоставьте номер или номера социального страхования родителя. Если Вы не знаете точную дату рождения, предоставьте приблизительный возраст.

Пожалуйста, предоставьте всю возможную финансовую информацию о родителе без права опеки. Приложите отдельные листы бумаги или внесите информацию в разделе для комментариев, который находится в конце первой страницы.

Если Вы являетесь стороной без права опеки, обязательно предоставьте свой номер телефона, по которому мы сможем с Вами связаться в течение дня.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

Мы не сможем завести дело без Вашей подписи. Ваша подпись подтверждает, что Вы ответили на вопросы заявления в меру своих возможностей, и Вы хотите завести дело. Она также указывает на то, что Вы внимательно прочитали информацию, предоставленную над линией подписи.

Эта страница оставлена пустой намеренно.

ИНСТРУКЦИИ К УПРОЩЕННОМУ БЛАНКУ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

DCSS 0373 (07/12/13)

Я ЯВЛЯЮСЬ: ☐ СТОРОНОЙ С ПРАВОМ ОПЕКИ ☐ РОДИТЕЛЕМ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ *(ЛИЦО, ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ ДАННЫЙ БЛАНК)*

ПРИМЕЧАНИЕ: Сторона с правом опеки - лицо или сторона, которые являются главными опекунами несовершеннолетних детей.

ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНЕ С ПРАВОМ ОПЕКИ ИЛИ ОПЕКУНЕ И О РЕБЕНКЕ (ДЕТЯХ)

ПОЛНОЕ ИМЯ *(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО)*		ЧЛЕН ПЛЕМЕНИ ☐ ДА ☐ НЕТ	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ
ЛУЧШЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЗВОНКА ☐ УТРА ☐ ВЕЧЕРА			
ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ *(ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)*	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) ☐ ОТЕЦ ☐ МАТЬ ☐ ДРУГОЕ *(УКАЖИТЕ)*	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ ДОМАШНИЙ: РАБОЧИЙ: СОТОВЫЙ::	НОМЕР, ПО КОТОРОМУ ВАС ЛЕГКО ЗАСТАТЬ ☐ ДОМАШНИЙ ☐ РАБОЧИЙ ☐ СОТОВЫЙ
ИМЯ ТЕКУЩЕГО СУПРУГА ИЛИ СУПРУГИ			
АДРЕС *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*		ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС	

Живет ли сторона с правом опеки совместно с родителем без права опеки? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** ***(Если «НЕТ», укажите адрес и дату последнего совместного проживания)***

ДАТА	АДРЕС *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*						
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ	ШТАТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	РАСА	ОСНОВНОЙ РАЗГОВОРНЫЙ ЯЗЫК	ПОЛ: ☐ ЖЕН ☐ МУЖ

ИМЯ ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ - ЕСЛИ НЕ РАБОТАЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ «UNEMPLOYED» (БЕЗРАБОТНЫЙ(-АЯ)).	ДОЛЖНОСТЬ ИЛИ ПРОФЕССИЯ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СОВОКУПНЫЙ ДО $
АДРЕС ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*	ИМЕЕТСЯ ЛИ У ДЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ	ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДСТВЕННИКА ИЛИ ДРУГА

Дата и место бракосочетания *(Если не женаты, поставьте галочку напротив «Не относится»)*				**Дата и место развода *(Если не было развода, поставьте галочку напротив «Не относится»)***			
ДАТА БРАКОСОЧЕТАНИЯ С РОДИТЕЛЕМ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ	ОКРУГ	ШТАТ	☐ НЕ ОТНОСИТСЯ	ДАТА РАЗВОДА	ОКРУГ	ШТАТ	☐ НЕ ОТНОСИТСЯ

Если родители НЕ женаты, пожалуйста, предоставьте ответы на вопросы 1-5 ниже.

1. Жил ли родитель без права опеки в штате Калифорния?. . . . . ☐ ДА ☐ НЕТ Если «ДА», Когда? _____ Где? _____
2. Работал ли родитель без права опеки в штате Калифорния? . . . . . ☐ ДА ☐ НЕТ Если «ДА», Когда? _____ Где? _____
3. В каком штате были зачаты дети?
   (Укажите номер для каждого ребенка, перечисленного ниже). . . . . Ребенок №_____ Штат_____ Ребенок №_____ Штат_____ Ребенок №_____ Штат _____
4. Была ли Декларация об отцовстве подписана в больнице или учреждении штата Калифорния?.. . . . . ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ Если «ДА», Где? _____
5. Было ли вынесено судебное решение об отцовстве?. . . . . ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ Если «ДА», Где? _____

Предоставляется ли Вам помощь другого агентства социальной помощи детям? *(Если «ДА», укажите дату, город и штат)*

ПЕРИОД ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ От: До:	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЛАСЬ ПОМОЩЬ	ПРЕДОСТАВЛЯЛАСЬ ЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ДЕТЯМ МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ? *(СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ)* ☐ ДА ☐ НЕТ

Выдано ли родителю без права опеки судебное решение о выплате алиментов на детей, указанных ниже? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** ☐ **ДЕЛО РАССМАТРИВАЕТСЯ**

РЕШЕНИЕ СУДА №	СУММА СОГЛАСНО РЕШЕНИЮ СУДА $ ☐ В НЕДЕЛЮ ☐ В МЕСЯЦ	ДАТА ВЫНЕСЕНИЯ РЕШЕНИЯ	ОКРУГ	ШТАТ

Укажите всех несовершеннолетних детей от данного родителя без права опеки *(Если ребенок еще не рожден, напишите «unborn» (не рожден) и укажите ожидаемую дату родов). (Необходимо предоставить отдельное заявление на детей от другого родителя без права опеки)*

ЕСЛИ РЕБЕНОК ЕЩЕ НЕ РОЖДЕН, НАПИШИТЕ «UNBORN» (НЕ РОЖДЕН) ЗДЕСЬ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА РОДОВ

ИМЯ	ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ *(ГОРОД И ШТАТ)*	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДЕТИ ЖИВУТ С ВАМИ	
1.					☐ ДА	☐ НЕТ
2.					☐ ДА	☐ НЕТ
3.					☐ ДА	☐ НЕТ
4.					☐ ДА	☐ НЕТ

Перечислите имена других несовершеннолетних детей, которые НЕ относятся к данному родителю без права опеки

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДЕТИ ЖИВУТ С ВАМИ	
		☐ ДА	☐ НЕТ
		☐ ДА	☐ НЕТ

КОММЕНТАРИИ *(Пожалуйста, приложите отдельный лист, если Вам необходимо дополнительное место)*

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ: **ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ОБЕ СТОРОНЫ**

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ

ПОЛНОЕ ИМЯ *(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО)*	ЧЛЕН ПЛЕМЕНИ ☐ ДА ☐ НЕТ	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ
ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ *(ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)*	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) ☐ ОТЕЦ ☐ МАТЬ	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ ДОМАШНИЙ: РАБОЧИЙ: СОТОВЫЙ::
ИМЯ ТЕКУЩЕГО СУПРУГА ИЛИ СУПРУГИ		
ДРУГИЕ ИМЕНА ИЛИ ПСЕВДОНИМЫ РОДИТЕЛЯ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ		ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС
АДРЕС *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*		☐ ТЕКУЩИЙ ☐ ТЕКУЩИЙ НАЧИНАЯ С *(ДАТА)*

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ	ШТАТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ПОЛ: ☐ ЖЕН ☐ МУЖ

В настоящее время освобожден условно-досрочно? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

В настоящее время находится в тюремном заключении? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** **Если «ДА», предоставьте информацию ниже:**

ДАТА	УЧРЕЖДЕНИЕ	ГОРОД	ШТАТ	ПРАВОНАРУШЕНИЕ *(ПРИЧИНА)*

Является ли родитель без права опеки гражданином США? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** **Если «НЕТ», укажите страну гражданства:**

ВНЕШНИЕ ЧЕРТЫ: *(ПОЖАЛУЙСТА, ПРЕДОСТАВЬТЕ ФОТО)*

РАСА	ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ	ОСНОВНОЙ ЯЗЫК
ВОЛОСЫ	РОСТ	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ *(РОДИНКИ, ШРАМЫ, ТАТУИРОВКИ И Т. Д.)*
ГЛАЗА	ВЕС	

ИМЯ ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ *(ЕСЛИ НЕ РАБОТАЕТ, НАПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ «UNEMPLOYED» (БЕЗРАБОТНЫЙ(-АЯ)).*	☐ ТЕКУЩИЙ	ИМЕЕТСЯ ЛИ У ДЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СОВОКУПНЫЙ ДОХОД
АДРЕС ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*	☐ ТЕКУЩИЙ НАЧИНАЯ С *(ДАТА)*	☐ ДА ☐ НЕТ	$

Если безработный или имя текущего работодателя неизвестно, укажите имя, адрес и номер телефона последнего работодателя ниже.

ИМЯ ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ	АДРЕС ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*	НОМЕР ТЕЛЕФОНА *(ВКЛЮЧАЯ МЕЖДУГОРОДНИЙ КОД)*

ПРОФЕССИЯ, СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, ДОЛЖНОСТЬ ИЛИ ИМЕЮЩИЕСЯ НАВЫКИ	СЛУЖИТ ВОЕННЫМ: ☐ ДА ☐ НЕТ В КАКОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ?

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОДИТЕЛЬ БЕЗ ПРАВА ОПЕКИ ЧЛЕНОМ ПРОФСОЮЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? ☐ ДА ☐ НЕТ	НАЗВАНИЕ И НОМЕР ПРОФСОЮЗА	АДРЕС ПРОФСОЮЗА *(УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)*

ЕСЛИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ БИЗНЕСА	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СОВОКУПНЫЙ ДОХОД
ОТВЕТСТВЕННЫЙ РАБОЧИЙ? ☐ ДА ☐ ЕСЛИ НЕТ, ОБЪЯСНИТЕ:	$

Укажите любые другие источники доходов. ***(Например, льготы ветеранам, социальная помощь инвалидам, проценты на капитал, дивиденды, доверительный фонд, автомобили, лодки, недвижимость и т. д. При необходимости, приложите отдельный лист).***

ДЕВИЧЬЕ ИМЯ МАТЕРИ *(ФАМИЛИЯ, ИМЯ)*	УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС МАТЕРИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА МАТЕРИ
ИМЯ ОТЦА *(ФАМИЛИЯ, ИМЯ)*	УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОТЦА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ОТЦА

Имя и адрес текущего супруга или супруги, друга или родственника.

ИМЯ	ОТНОШЕНИЯ	УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Разрешено ли посещать детей? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** **Если «ДА», сколько раз в месяц?**

Выплачиваются ли любые другие алименты? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** **Если «ДА», укажите сумму: $**

Имеются ли в семье любые другие несовершеннолетние дети? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** **Если «ДА», сколько детей?**

Текущее семейное положение: ☐ Одинокий(-ая) ☐ Женатый (замужем) ☐ Разведен(-а) ☐ Разошлись ☐ Живу с другим человеком

Я прошу Департамент социальной помощи детям оказать мне помощь в следующем: ***(Укажите все, что относится к Вам)***

☐ Установить отцовство ☐ Получить предписание на выплату алиментов ☐ Принудительно внести в исполнение существующее предписание на выплату алиментов на супруга (супругу) и ребенка *(включая просроченные платежи)*	☐ Изменить предписание на выплату алиментов ☐ Получить предписание на медицинское страхование ☐ Принудительно внести в исполнение существующее предписание на медицинское страхование	☐ Принудительное внесение в медицинское страхование не является необходимым в настоящее время. У детей имеется удовлетворяющее требованиям медицинское страхование через: ☐ Родителя с правом опеки ☐ Родителя без права опеки

Я подаю заявление на получение помощи в рамках программы помощи детям «Child Support Program» Заголовка IV-D Акта о социальном страховании. Под страхом лжесвидетельства (Уголовный кодекс, Раздел 118) я заявляю, что я проверил(-а) настоящее заявление, и, насколько мне известно, предоставленная в нем информация является верной и точной.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ I)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

Пожалуйста, заполните эту форму, по мере Ваших возможностей ДЕЛО ИМЯ

Заявление о конфиденциальности

Акт о защите персональной информации от 1977 года (Гражданский кодекс, раздел 1798.17) и Федеральный закон о конфиденциальности от 1974 года (Гражданское право 93-579) требуют, чтобы данное уведомление было представлено при сборе персональной информации у физических лиц. Информация, запрашиваемая в данной форме, включая Ваш Номер социального обеспечения, используется Департаментом услуг по вопросам алиментов на детей (DCSS) для целей идентификации и связи с Вами. От Департамента услуг по вопросам алиментов на детей в соответствии с Разделом 466(a)(13) Акта о социальном обеспечении требуется получить номер социального обеспечения любого физического лица, которое подвергается разводу, приказу о выплате алиментов и определению или признанию отцовства. Информация о номере социального обеспечения является обязательной и будет храниться в деле в местном агентстве по вопросам алиментов на детей для нахождения и идентификации индивидов и активов для цели учреждения, модификации и исполнения обязательств по алиментам на детей. Запись ребенка в медицинскую страховку может потребовать выдачи номера социального обеспечения ребенка и почтового адреса работодателю другого родителя или выдачи номера социального обеспечения ребенка другому родителю. Информация о Вашем деле может обсуждаться или выдаваться агентствам штата, другим государственным агентствам, которые могут на законном основании получать указанную информацию, и другому родителю или его/ее атторнею в объеме, требуемом законом.

1. Пожалуйста, впишите следующую личную информацию о матери.

Имя матери			Дата рождения матери	
Адрес	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер социального обеспечения	Домашний телефон		Рабочий телефон	Телефон для сообщений

2. Пожалуйста, впишите следующую личную информацию о ребенке.

Имя ребенка	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)
Место рождения	Номер социального обеспечения

3. Пожалуйста, впишите следующую личную информацию об отце.

Имя отца			Дата рождения	
Последний известный Адрес	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Последний известный Телефон		Домашний	Рабочий	Сообщение
Последнее известное место работы (тип, наименование предприятия)				
Адрес последнего известного места работы				

Физическое описание	Рост	Вес	Цвет волос	Цвет глаз	Телосложение	Раса

4. Имеются ли судебные приказы, называющие отца ребенка?
Если «Да», пожалуйста объясните ниже: ☐ **Да** ☐ **Нет**

Наименование суда	Дата судебного заседания	Номер дела

(Имя отца, если определено судом и адрес, если отличен от вышеуказанного)
Результат:

Присужденная сумма алиментов:

Если суд определил отцовство или зарегистрирована подписанная Декларация об отцовстве в штате Калифорния, то отвечать на дальнейшие вопросы не требуются. Подпишите в конце формы.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ I)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

5. Были ли Вы женаты, когда стали беременной? Если «Да», то объясните ниже: ☐ **Да** ☐ **Нет**

Имя мужа	Жили ли Вы с Вашим мужем в то время, когда Вы стали беременной?	☐ Да	☐ Нет
Когда Вы развелись?	Были ли Ваш муж импотентом или стерильным во время, когда Вы стали беременной?	☐ Да	☐ Нет

Если Вы жили с Вашим мужем в то время, когда Вы стали беременной, и он стал импотентом или стерильным, тогда отвечать на дальнейшие вопросы не требуется, подпишите внизу. Если нет, то заполните ЧАСТЬ II после подписания внизу.

6. Комментарии

Я декларирую под страхом судебного наказания, что информация в данной форме является верной, насколько мне это известно.

Подпись	мм/дд/ГГГГ

Подписано в Город Округ Штат

Примечание: если Вы подписали вне штата Калифорния, то эта форма должна быть нотариально заверена.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ II)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

Если отец Вашего ребенка(детей) присутствует с Вами на Вашем интервью и официально признает отцовство и будет сотрудничать в установлении отцовства, Вам не нужно в данный момент заполнять Части II и III.	ДЕЛО ИМЯ

1. Имя матери

2. Дата, когда Вы забеременели	Где?

Почему Вы полагаете, что эта дата является правильной?

3. Имя отца, указанное в свидетельстве о рождении.

Если это не то же лицо, которое поименовано в ЧАСТИ I, Вопрос 3, то, пожалуйста, объясните.

4. Согласился ли отец на использование его имени на Вашем свидетельстве о рождении ребенка?
☐ Да ☐ Нет

5. Видел ли когда-нибудь отец ребенка? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», то что он сказал или сделал?
6. Давал ли отец Вам какие-либо деньги или вещи для ребенка? ☐ Да ☐ Нет	Объясние:
7. Жил ли когда-нибудь отец с ребенком? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», то когда и где?
8. Признавал ли когда-либо отец, что ребенок принадлежит ему? ☐ Да ☐ Нет	Объясните:

Сообщите имена и адреса лиц, которым отец признал отцовство.

9. Желает ли отец подписать заявление о признании того, что он является отцом?
☐ Да ☐ Нет

10. Получали ли Вы когда-нибудь корреспонденцию (открытки И письма) от отца, ссылающиеся на Вашу беременность, на Вас как мать, или на ребенка? ☐ Да ☐ Нет	Когда?

Что он сказал?

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ II)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

11. Жили ли Вы и отец когда-либо вместе? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», то укажите даты.
Дата(ы) и Адрес(а)	
12. Были ли Вы и отец когда-либо женаты? ☐ Да ☐ Нет	Если "Да", то укажите дату женитьбы.
Дата развода	
13. Имели ли Вы половые отношения с кем-либо еще на протяжении этого месяца, за месяц до этого или через месяц после того, как Вы стали беременной? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», укажите имя(ена) и адрес(а).

14. Комментарии

Я заявляю под страхом судебного наказания, что информация в данной форме является верной, насколько мне это достоверно известно.

Подпись	День, Месяц, Год Подписано
Исполнено в Город Округ Штат	

Примечание: если Вы подписали документ вне штата Калифорния, то эта форма должна быть заверена нотариально.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ III)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

Если отец Вашего ребенка(детей) присутствует с Вами на Вашем интервью и официально признает отцовство и будет сотрудничать в установлении отцовства, Вам не нужно в данный момент заполнять Части II и III.	ДЕЛО ИМЯ

1. Имя матери	Имя отца

2. Почему Вы верите, что это лицо является отцом Вашего ребенка?

3. Каким временем Вы датируете отцовство у Вашего ребенка?

4. Когда и в каком городе или городке Вы впервые вступили в половые сношения с отцом Вашего ребенка?

5. Когда и в каком городе или городке Вы имели в последний раз половые сношения с отцом?

6. Пожалуйста, дайте имя(ена) и адрес(а) лиц (друзья, родственники, соседи, домовладелец), которые видели Вас с отцом ребенка и где они видели Вас:

7. Когда-либо Вы регистрировались в мотеле или отеле с отцом Вашего ребенка? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», то где и когда?

Пожалуйста, дайте имя(ена) и адрес(а) кого-либо, кто видел Вас вдвоем.

8. Использовал ли отец какой-либо противозачаточный метод? ☐ Да ☐ Нет	Если «Да», то, пожалуйста, перечислите использованные методы.

9. Какова дата Вашего последнего менструального периода до этой беременности?

10. Каков был вес ребенка при рождении?

11. Каково имя Вашего врача во время беременности?

Адрес врача:

12. Был ли отец осведомлен о Вашей беременности? ☐ Да ☐ Нет	Без перевода

Что сказал отец?

Кто еще присутствовал, когда он узнал об этом?

13. Обсуждали ли Вы когда-нибудь состояние беременности с отцом? ☐ Да ☐ Нет	Что он сказал?

Кто еще слышал обсуждение?

14. Платил ли когда-либо или обещал ли платить какие-либо деньги Вам во время Вашей беременности? ☐ Да ☐ Нет	Объясните.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА ОБ ОТЦОВСТВЕ (ЧАСТЬ III)

DCSS 0095 RUS (08/16/04)

15. Оплачивал ли отец когда-либо или обещал оплачивать какого-либо врача, госпиталь или медицинские счета, связанные с Вашей беременностью? ☐ Да ☐ Нет	Объясните:
16. Писали ли Вы когда-либо отцу о ребенке? ☐ Да ☐ Нет	Когда?
Что Вы сказали?	
17. Похож ли ребенок на отца? ☐ Да ☐ Нет	В чем?
18. Упоминал ли когда-либо отец ребенка в своем подоходном налоге? ☐ Да ☐ Нет	Когда?

19. Комментарии

Я заявляю под страхом судебного наказания, что информация, приведенная в данной форме, является правильной, насколько это мне достоверно известно.

Подпись	День, Месяц, Год Подписано

Исполнено в Город Округ Штат

Примечание: если Вы подписали документ вне штата Калифорния, то эта форма должна быть заверена нотариально.

ЗАПРОС НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

DCSS 0055 RUS (02/02/10)

Номер дела в Органе на взыскание алиментов на содержание ребенка:

ИНСТРУКЦИИ: Внимательно ознакомьтесь, прежде чем поставить подпись внизу. Вы должны поставить подпись, чтобы мы открыли для вас дело.

Согласно Закону о снижении дефицита федерального бюджета от 2005 года, Управление помощи детям может взимать ежегодную комиссию в размере $25 за каждое дело, по которому пособие не было выдано. Указанная комиссия будет оцениваться каждый год 1 октября по каждому делу, по которому семье было выплачено как минимум $500 в предыдущий федеральный финансовый год (1 октября - 30 сентября). Комиссия будет автоматически вычтена из следующих выплат, предоставленных стороне-опекуну после 1 октября, до полной выплаты комиссии.

Я хочу, чтобы местное управление помощи детям помогло мне получить ордер на выплату пособия ребенку, чтобы установить отцовство над ребенком (детьми) или осуществить в судебном порядке имеющееся у меня решение по оказанию материальной помощи.

Я понимаю, что подаю заявление на данные услуги в соответствии с Программой оказания помощи детям, Раздел IV-D Закона о социальном обеспечении.

Я сразу же сообщу агентству предоставления помощи детям:

- Когда один из детей вступит в брак.
- Когда каждый из детей достигнет возраста 19 лет или когда ребенок достигнет 18-летия и не будет при этом студентом дневного отделения, в зависимости от того, что случится ранее.
- Об изменении домашнего адреса, почтового адреса или номера телефона.
- Об изменении своего работодателя, включая наименование организации, адрес и номер телефона.
- Об изменениях своих доходов.
- Об изменении своего статуса, стоимости и наличия покрытия по страхованию здоровья.
- Об изменении любой информации касательно местонахождения другого родителя (родителей).
- Если родитель (родители) воссоединится с детьми, или
- Об изменении ответственного за опеку и уход за ребенком или права на посещение ребенка другим родителем.

Мне известно, что местное агентство помощи детям не представляет меня, другого родителя, или же детей, являющихся предметом настоящего дела. Между мной, другим родителем или детьми и местным агентством помощи детям не существует отношений поверенный-клиент. Отношений поверенный-клиент также не появится, если местное агентство помощи детям предоставит помощь, запрошенную мной.

Под страхом лжесвидетельства я заявляю, что я прочитал, понял и согласился со всеми условиями, приведенныминиже:

ИМЯ	ПОДПИСЬ	ДАТА

Пустая страница

Уважаемый заявитель!

Управление помощи детям (Department of Child Support Services, DCSS) согласно законодательству обязуется отослать информацию о выплате пособия на ребенка федеральному правительству. У федерального правительства имеется база данных, которая включает в себя все данные о выплате пособий на ребенка в стране. По требованию федеральное правительство предоставит информацию о выплате пособия другим агентствам, занимающимся вопросами выплаты пособия на детей; однако если вы или ваш ребенок (дети) являетесь жертвами насилия в семье, вы скорее всего не захотите допустить разглашения информации по вашему делу.

Если вы считаете, что разглашение информации о вашем деле федеральному правительству может причинить вам или вашему ребенку (детям) физический или эмоциональный вред, пожалуйста, заполните анкету о насилии в семье (DCSS 0048) и отошлите ее местному агентству помощи детям. Для обработки вашего запроса вам необходимо полностью заполнить анкету.

Пожалуйста, отошлите заполненный бланк по адресу местного агентства помощи детям.

Если дело затрагивает несколько штатов, необходимо идентифицировать личность, если не прилагается приказ о неразглашении. Если вы сообщили нам о получении охранного или запретительного судебного приказа или ваши доводы были посчитаны вескими для отказа от сотрудничества, местное управление помощи детям потребует "приказ о неразглашении", прежде чем отослать заявление в другой штат. Приказ о неразглашении не позволит разглашать вашу личную информацию другим сторонам, участвующим в вашем деле, затрагивающем несколько штатов.

Если вы считаете, что разглашение вашего адреса или другой личной информации представляет опасность для вашего здоровья, безопасности или свободы, либо здоровья, безопасности или свободы ваших детей, и у вас нет охранного или запретительного судебного приказа или права исключения на основании веской причины, вы можете получить собственный приказ о неразглашении. Последний может быть получен через вашего личного юрисконсульта или с помощью консультанта по семейному праву.

Если вы или ваш ребенок (дети), участвующие в деле, не являются жертвами насилия в семье, вам не нужно возвращать данный бланк. Также важно понимать, что согласно законодательству DCSS не имеет права разглашать вашу личную информацию по данному делу другой стороне без судебного приказа. Однако некоторые документы, содержащие вашу личную информацию, могут остаться в архиве суда.

Если у вас есть вопросы, посетите службу поддержки клиентов CustomerConnect в сети по адресу www.childsup-connect.ca.gov для получения помощи онлайн или позвоните в службу CustomerConnect по телефону 1-866-901-3212. При нарушениях слуха или речи звоните на номер телефона с текстовым индикатором 1-866-399-4096.

Пустая страница

АНКЕТА О НАСИЛИИ В СЕМЬЕ

DCSS 0048 RUS (02/02/09)

***ИНСТРУКЦИИ:* Если вы не заполните и не вернете нам этот бланк, Управление помощи детям или федеральное правительство вправе передать информацию о вашем деле в суды, агентства помощи детям, а также, возможно, другому родителю ребенка или иной стороне.**

Ваше имя: _____ Номер дела: _____

Имя другой стороны: _____

РАЗДЕЛ I: Ответьте на вопросы, поставив галочки в нужном месте.

1. Были ли вы или ребенок (дети), являющиеся субъектами настоящего дела, жертвами насилия в семье или жестокого обращения с детьми со стороны другой стороны настоящего дела о помощи ребенку? ☐ Да ☐ Нет

2. Есть ли у вас ордер на ограничение общения с ребенком, на защиту в экстренной ситуации или запрет на приближение другой стороны по этому делу к ребенку? **Если да, пожалуйста, приложите копию настоящего ордера и предоставьте следующую информацию:** ☐ Да ☐ Нет

   Округ/Штат: _____ Номер ордера/номер в досье: _____

   Дата истечения срока действия: _____

3. Если вы или ребенок (дети), являющиеся субъектами настоящего дела, получаете социальную помощь, хотите ли вы, чтобы управление социального обеспечения пересмотрело данное дело и определило необходимость закрытия данного дела о помощи в связи с повышенным риском нанесения другой стороной физического, сексуального или эмоционального вреда вам или вашему ребенку (детям) в связи с настоящим делом? Это называется "веской причиной" для закрытия дела о помощи. ☐ Да ☐ Нет

РАЗДЕЛ II: Вы ДОЛЖНЫ заполнить данный раздел, если вы ответили "Да" на любой из пунктов в РАЗДЕЛЕ I.

Пожалуйста, предоставьте подробную информацию о фактах насилия в семье, включая дату, время, место и свидетелей. (При необходимости используйте дополнительные страницы).

АНКЕТА О НАСИЛИИ В СЕМЬЕ

DCSS 0048 RUS (02/09/09)

РАЗДЕЛ III: Если вы согласны, поставьте галочку внизу, подпишите, поставьте дату и верните данный бланк:

Местному управлению помощи детям

☐ Разглашение моего адреса или другой информации, которая раскрывает мое местоположение, может нанести вред мне или ребенку (детям), которые являются субъектами настоящего дела. Я прошу не разглашать мой адрес или другую идентифицирующую информацию другой стороне, участвующей в настоящем деле. Данная просьба останется в силе до тех пор, пока я не сообщу местному агентству помощи детям в **письменном виде** о том, что теперь они могут разглашать мою информацию, а местное агентство помощи детям сообщит мне о получении моего запроса. Я понимаю, что в соответствии с федеральным законом уполномоченное лицо может подать письменный запрос в суд, к юрисдикции которого относится предоставление или осуществление в судебном порядке помощи детям или принятие решений о посещении ребенка другим родителем, в отношении разглашения моей информации. Местное агентство помощи детям сообщит мне в письменном виде, если суд выдаст предписание о разглашении любой информации по моему делу.

Я заявляю под страхом лжесвидетельства в соответствии с законодательством штата Калифорния, что указанная выше информация точна и правильна.

ИМЯ	ПОДПИСЬ	ДАТА

ПРИМЕЧАНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Закон о разглашении информации от 1997 года (гражданский кодекс, §1798.17) и Федеральный закон о конфиденциальности от 1974 года (Раздел 5, Кодекс Соединенных Штатов, §552a (e)(3), §7 Примечание) требуют предоставления данного уведомления при получении личной информации от физических лиц. Информация, запрашиваемая на настоящем бланке, используется Управлением помощи детям и местными агентствами помощи детям для предохранения информации от разглашения в ситуациях насилия в семье или жестокого обращения с детьми. Предоставляемая вами информация может быть разглашена федеральному правительству и другим государственным органам в рамках, предусмотренных законодательством. Отсутствие данной информации ограничит возможность УПД обеспечить безопасность вашей информации.

Должностное лицо агентства, ответственное за бланк: **DCSS Records Officer, PO Box 419064, MS-110, Rancho Cordova, CA 95741, факс (916) 464-5069.** Ссылки на правовые нормы, дающие разрешение на получение и хранение указанной личной информации, включают в себя Раздел 22 Кодекса норм Калифорнии §§112110(h), 112300, 112301, и 112302, а также Кодекс о семье §17212. Копии настоящего бланка хранятся в конфиденциальных файлах Управления помощи детям или местных агентств помощи детям в течение 4 лет и 4 месяцев после закрытия вашего дела о помощи ребенку. У вас есть право получить доступ к данному бланку путем отправления запроса **по факсу на номер (916) 464-5069.**

Если у вас есть вопросы или опасения касательно настоящего примечания, позвоните нам по телефону 1-866-901-3212.

ПРОВЕРКА ПОСЕЩАЕМОСТИ

DCSS 0053 RUS (08/29/05)

Номер дела в Бюро по обеспечению помощи детям:

Имя лица, заполнившего форму:

Я являюсь ☐ Родителем, проживающим вместе с ребенком ☐ Родителем, не проживающим вместе с ребенком

ЧАСТЬ 1. ФАКТИЧЕСКОЕ ПОСЕЩЕНИЕ РОДИТЕЛЕМ, НЕ ПРОЖИВАЮЩИМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ

ИНСТРУКЦИИ:

Заполните историю посещений за прошедшие 12 месяцев, внеся данные за последние 12 месяцев и число часов в каждом месяце, которые родитель, не проживающий вместе с ребенком(детьми), провел с ребенком(детьми).

Пример: если последние 12 месяцев приходятся на период с июня 2002 года по май 2003 года, то Вы заполняете графы с июня по декабрь на левой стороне нижеприведенной таблицы. Вы вписываете 2002 год. Затем Вы заполняете правую часть таблицы с января по май и вписываете 2003 год.

МЕСЯЦ/ГОД	ЧИСЛО ЧАСОВ, КОТОРЫЕ РОДИТЕЛЬ, НЕ ПРОЖИВАЮЩИЙ С РЕБЕНКОМ(ДЕТЬМИ), ПРОВЕЛ С РЕБЕНКОМ ЗА КАЖДЫЙ УКАЗАННЫЙ МЕСЯЦ	МЕСЯЦ/ГОД	ЧИСЛО ЧАСОВ, КОТОРЫЕ РОДИТЕЛЬ, НЕ ПРОЖИВАЮЩИЙ С РЕБЕНКОМ(ДЕТЬМИ), ПРОВЕЛ С РЕБЕНКОМ ЗА КАЖДЫЙ УКАЗАННЫЙ МЕСЯЦ
Январь/		Январь/	
Февраль/		Февраль/	
Март/		Март/	
Апрель/		Апрель/	
Май/		Май/	
Июнь/		Июнь/	
Июль/		Июль/	
Август/		Август/	
Сентябрь/		Сентябрь/	
Октябрь/		Октябрь/	
Ноябрь/		Ноябрь/	
Декабрь/		Декабрь/	
	ВСЕГО:		**ВСЕГО:**

ЧАСТЬ 2. СОВМЕСТНОЕ ПРОЖИВАНИЕ/ПОСЕЩЕНИЕ

ПОМЕТЬТЕ ОДНО: ☐ Совместное проживание ☐ Только посещение ☐ Ничего

ЧАСЫ ПОСЕЩЕНИЯ:

Регулярное посещение:

С (укажите день недели) в (укажите время) (Один кружок) до полудня/после полудня

До (укажите день недели) в (укажите время) (Один кружок) до полудня/после полудня

Посещение в праздничные дни: ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», то укажите даты/время:

Посещение летом: ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», то укажите даты/время:

Вечернее посещение: ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», то укажите даты/время:

Решение суда о проживании с детьми/посещении: ☐ Да ☐ Нет

Дополнительная информация:

Я заявляю, что насколько это мне известно, вышеуказанная информация является правильной и точной. Я осведомлен, что эта информация может быть предоставлена другому родителю для проверки, и что от любой стороны могут потребовать предоставить обосновывающую документацию.

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ПОДПИСЬ ДАТА

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

DCSS 0054 RUS (04/27/05)

Округ: Телефон: Номер дела в Бюро по вопросам алиментов на детей:

Родитель, не проживающий вместе с ребенком:

Полное имя: (Имя, отчество, фамилия))	Я являюсь ☐ Родителем, проживающим вместе с ребенком ☐ Родителем, не проживающим вместе с ребенком ☐ Работодателем
Адрес (улица)	Город, штат, почтовый индекс
Телефон	Номер социального обеспечения

Работодатель (имя, улица, город, штат, почтовый индекс, телефон)

Инструкции: ***Пожалуйста, заполните РАЗДЕЛ I, если медицинское страхование предоставлено или доступно со стороны родителя, не проживающего вместе с детьми или работодателя. РАЗДЕЛ II относится к медицинскому страхованию другого родителя. Работодатели заполняют только разделы I и III. Пожалуйста, подпишите и на заполненной форме. укажите дату***

РАЗДЕЛ I. ВАШЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:

Есть ли у Вас в настоящее время медицинское страхование? ☐ Да ☐ Нет Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, заполните следующие графы:

Компания или ассоциация, предоставляющие медицинское страхование (укажите местный номер ассоциации))	Предоставлена: ☐ Родителем, проживающим вместе с ребенком ☐ Родителем, не проживающим вместе с ребенком ☐ Работодатель ☐ Прочее: Родственные отношения:
Адрес страховой компании: улица, номер офиса или помещения (Адрес, куда посылаются почтой иски)	Телефонный номер ((включая код территории)
Город Штат Почтовый индекс	Номер страхового свидетельства

Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода

Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США

Иждивенец(нцы), обеспеченный настоящее время медицинским страхованием

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим медицинским страхованием, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

☐ Не доступно иждивенцам

Страховой полис обеспечивает следующее: (отметьте все, что применимо)

☐ Визиты врача ☐ Дополнительное страхование по программе Medicare ☐ Конкретное заболевание ☐ Лекарства, выдаваемые по рецепту

☐ Долговременный уход ☐ Пребывание в госпитале ☐ Внегоспитальное обслуживание *(т.е., лабораторные работы, физиотерапия)* ☐ Прочее (указать)

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:

Имеете ли Вы в настоящее время стоматологическую страховку? ☐ Да ☐ Нет Если Вы ответили "Да", пожалуйста. заполните следующие графы:

Компания, предоставляющая стоматологическое страхование

Адрес компании, предоставляющей стоматологическое страхование: улица, номер квартиры или помещения или номер блока (адрес, по которому почтой высылаются иски)

Город штат почтовый индекс Номер страхового полиса

Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США

Иждивенец(нцы), обеспеченный стоматологическим страхованием

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим стоматологическим страхованием, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

☐ Не доступно иждивенцам

СТРАХОВАНИЕ ЗРЕНИЯ:

Есть ли у Вас в настоящее время страхование зрения? ☐ Да ☐ Нет Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, заполните следующие графы:

Компания, предоставляющая страхование зрения

Адрес компании страхования зрения: улица, номер офиса или помещения (Адрес, куда посылаются почтой иски)

Город Штат Почтовый индекс Номер страхового свидетельства

Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: ☐ еженедельно ☐ раз в две недели ☐ раз в полгода	
Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США

Иждивенец(нцы), обеспеченный страхованием зрения

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим страхованием зрения, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

☐ Не доступно иждивенцам

РАЗДЕЛ II: СТРАХОВАНИЕ, ОБЕСПЕЧИВАЕМОЕ ДРУГИМ РОДИТЕЛЕМ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
Обеспечивает ли другой родитель медицинское страхование ребенку(детям) или Вам? ☐ Да ☐ Нет
Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, введите следующую информацию.

Компания, обеспечивающая медицинское страхование

Адрес компании, обеспечивающей медицинское страхование: улица, номер квартиры или блока (адреса, по которым посылаются почтой иски)

Город Штат Почтовый индекс

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:
Обеспечивает ли другой родитель стоматологическое страхование ребенку(детям) или Вам? ☐ Да ☐ Нет
Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, введите следующую информацию.

Компания, обеспечивающая стоматологическое страхование

Адрес компании, обеспечивающей стоматологическое страхование: улица, номер квартиры или блока (адреса, по которым посылаются почтой иски)

Город Штат Почтовый индекс

СТРАХОВАНИЕ ЗРЕНИЯ:
Обеспечивает ли другой родитель страхование зрения ребенку(детям) или Вам? ☐ Да ☐ Нет
Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, введите следующую информацию.

Компания, обеспечивающая страхование зрения

Адрес компании, обеспечивающей страхование зрения: улица, номер квартиры или блока (адреса, по которым посылаются почтой иски)

Город Штат Почтовый индекс

РАЗДЕЛ III: (ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОЛНЕН)

☐ Я приложил страховую карточку(и)/информацию о страховом покрытии детей.

☐ В данное время у меня нет страховой карточки/информации о страховом покрытии на ребенка(детей). Я пошлю информацию Вам, когда я получу ее из страховой компании.

☐ В данное время медицинское страхование отсутствует. Я понимаю, что когда оно станет доступно, я должен добавить моего ребенка(детей) в план, и затем уведомить местное агентство по вопросам алиментов на детей о наличии страхового покрытия. Страховое покрытие недоступно по причине:

☐ Не предложено ☐ Сезонная ☐ Временная ☐ Отказано в предоставлении ☐ Неразумно по причине высокой стоимости ☐ Испытательный период/надлежащая дата

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Закон об использовании информации от 1997 года (Гражданский кодекс §1798.17) и Федеральный закон о конфиденциальности от 1974 года (Гражданское право 93-579) требуют, предоставления этого уведомления при сборе личной информации у физических лиц. Информация, запрашиваемая в данной форме, включая номер социального обеспечения используется Департаментом услуг по вопросам алиментов на детей для целей идентификации и связи с Вами. Департамент услуг по вопросам алиментов на детей должен в соответствии с Разделом 466(a)(13) Закона о социальном обеспечении запрашивать номер социального обеспечения с любого физического лица, которое получает судебный ордер на развод, ордер на алименты или определение или признание отцовства.

Информация о номере социального обеспечения является обязательной, и будет храниться в деле в местном агентстве по вопросам алиментов на детей для целей нахождения и идентификации физических лиц и имущества для целей учреждения, модификации и взимания алиментов на детей. Запись ребенка в медицинский страховой полис может потребовать выдачи номера социальной безопасности и почтового адреса ребенка работодателю другого родителя или выдачи номера социальной безопасности ребенка другому родителю.

Информация по Вашему делу может быть обсуждена или выдана другим агентствам штата, которые по закону уполномочены на получение указанной информации, и другому родителю или его/ее адвокату в объеме, требуемом законом.

ПОДПИСЬ

ДАТА

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ТЕЛЕФОН (включая код территории)

ТИТУЛ

Пустая страница

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):*

ДЕКЛАРАЦИЯ ИСТОРИИ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ

DCSS 0569 RUS (02/10/09)

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДЕКЛАРАЦИИ ИСТОРИИ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ

Обратная сторона данной страницы - ваша декларация истории выплаты пособий по вашему делу. Вы должны заполнить помесячное и годовое распределение сумм пособия, которые должны были быть выплачены (согласно судебному приказу), а также сумму каждого осуществленного платежа. Эти данные помогут определить сумму просроченной задолженности по пособиям, если таковая имеется.

Вы должны заполнить отдельную страницу (или страницы) на пособие по ребенку, пособие, выплачиваемое супругом, семейное пособие, медицинское пособие, невозмещенные медицинские расходы, а также другие не упомянутые здесь виды пособий. **НЕ соединяйте вместе пособие на ребенка и пособие, выплачиваемое супругом, если ваш судебный приказ не соединил обе указанные выплаты в ордер на выплату "семейного" пособия.**

В колонке "Сумма согласно ордеру" впишите сумму пособия, которая должна была выплачиваться каждый месяц с момента вступления в силу судебного приказа. Если в ваш судебный приказ вносились изменения, убедитесь, что каждый месяц отражает правильную сумму пособия, подлежащего выплате.

В колонке "Выплаченная сумма" укажите сумму пособия в долларах, выплаченного в соответствующем месяце. Если в один из месяцев было осуществлено более одного платежа, укажите полную сумму выплаченного пособия в долларах. **Укажите сумму в долларах напротив месяца, в который выплата была фактически осуществлена, а не напротив месяца или месяцев, которые указанные выплаты должны были покрыть.** При необходимости вы можете прикрепить дополнительные страницы.

Сообщаем, что данная декларация не является конфиденциальной и что она может быть передана другому родителю, участвующему в вашем деле, для ознакомления. Если существуют расхождения касательно истории выплат, у сторон могут потребовать предоставления доказательств платежей в форме погашенных чеков, квитанций, и т.д.

Заполните Декларацию аккуратно и правильно, и убедитесь в отсутствии ошибок или путаницы касательно сумм просроченной задолженности по платежам, если таковая имеется.

ДЕКЛАРАЦИЯ ИСТОРИИ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ

DCSS 0569 RUS (02/10/09)

Лицо, заполняющее данный бланк *(имя):* _____

Я: ☐ Сторона-опекун
☐ Родитель, не являющийся опекуном

История выплаты пособий *(отметьте одно):* ☐ на ребенка ☐ выплачиваемых супругом ☐ семейных
☐ невозмещенные медицинские расходы ☐ на медицинское обслуживание ☐ Другое *(укажите):*

	ГОД _____		ГОД _____		ГОД _____	
	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА
январь						
февраль						
март						
апрель						
май						
июнь						
июль						
август						
сентябрь						
октябрь						
ноябрь						
декабрь						

	ГОД _____		ГОД _____		ГОД _____	
	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА СОГЛАСНО ОРДЕРУ	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА
январь						
февраль						
март						
апрель						
май						
июнь						
июль						
август						
сентябрь						
октябрь						
ноябрь						
декабрь						

Я заявляю под страхом лжесвидетельства в соответствии с законодательством штата Калифорния, что указанная выше информация точна и правильна. Я знаю, что настоящая информация может быть предоставлена другому родителю для проверки и что у любой стороны могут потребовать предоставления документации.

Подпись: _____ Дата: _____

Номер дела в Органе взыскания алиментов на содержание ребенка: _____