

ԻՆՔՆԱՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՆԵՐԱԾԱԿԱՆ ՆԱՄԱԿ

DCSS 0597 ARM (11/18/08)

Կից ուղարկված են այն ձևաթղթերը, որոնք Դուք պետք է լրացնեք՝ երեխայի ապրուստադրամի գործ ացելու համար: Ձևաթղթերը լրացնելուց առաջ խնդրում ենք ուշադրության կարդալ «Երեխաների ապրուստադրամի տեղեկատվական ձեռնարկը» և «Երեխաների ապրուստադրամի ծրագրի ծանուցումը»: Այդ ձևաթղթերը Ձեզ ծանոթացնում են առաջարկվող ծառայություններին, Ձեր իրավունքներին ու պարտականություններին և Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտի պարտականություններին: Լրացված դիմումը, ոլոր ձևաթղթերի հետ միասին, հարկավոր է փոստով ուղարկել կամ անձամբ երել այն շրջան, որում ներկայումս Դուք նակվում եք: Ստորև երված է երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունների ցուցակը:

Alameda County DCSS

5669 Gibraltar Drive
Pleasanton, CA 94588

Alpine County DCSS--Central Sierra

75 A Diamond Valley Road
Markleeville, CA 96120

Amador County DCSS

639 New York Ranch Road
Jackson, CA 95642

Butte County DCSS

1474 Myers Street
Oroville, CA 95965

Calaveras County DCSS

509 E. Saint Charles
San Andreas, CA 95249

Colusa County DCSS

217 9th Street, Suite A
Colusa, CA 95932

Contra Costa County DCSS

50 Douglas Drive, Suite 100
Martinez, CA 94553-8507

Del Norte County DCSS

983 3rd Street
Crescent City, CA 95531

El Dorado County DCSS

Placerville Office

3057 Briw Road, Suite B
Placerville, CA 95667

South Lake Tahoe Office

3368 Lake Tahoe Boulevard
Suite 100
South Lake Tahoe, CA 96150

Fresno County DCSS

2220 Tulare Street Suite 310-P
Fresno, CA 93721

Glenn County DCSS

120 S. Marshall Avenue
Willows, CA 95988

Humboldt County DCSS

2420 Sixth Street
Eureka, CA 95501

Imperial County DCSS

2795 South 4th Street
El Centro, CA 92243

Inyo County DCSS--Eastern Sierra

230 W. Line Street
Bishop, CA 93514

Kern County DCSS

1300 18th Street
Bakersfield, CA 93301

Ridgecrest Office

400 N. China Lake Boulevard
Ridgecrest, CA 93555

Kings County DCSS

525 W. 3rd Street
Hanford, CA 93230

Lake County DCSS

525 N. Main Street
Lakeport, CA 95453

Lassen County DCSS

1600 Chestnut Street
Susanville, CA 96130

Los Angeles County DCSS

Division I Office

(San Fernando Valley, Antelope Valley,
Glendale, Burbank, West Los Angeles,
Santa Monica, Venice)

15531 Ventura Boulevard
Encino, CA 91463

Division II Office

(Central Los Angeles,
East Los Angeles, Highland Park,
Bell Gardens, Hollywood,
Exposition Park, Pico Rivera)

5770 S. Eastern Avenue
Commerce, CA 90040-2924

Division III Office

(San Gabriel Valley, Covina, El Monte,
Pasadena, Pomona, West Covina)

2934 E. Garvey Avenue
West Covina, CA 91791

Los Angeles County DCSS (continued)

Division IV Office

(South Central Los Angeles,
Southwest Los Angeles, Huntington Park,
Manhattan Beach, Downey, Lawndale)

8300 S. Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90044

Division V Office

(Norwalk, Compton, Torrance, Lakewood,
Paramount, San Pedro, Long Beach,
Harbor City, Carson)

20221 S. Hamilton Avenue
Torrance, CA 90502

Division VI Office

(Antelope Valley)

1020 E. Palmdale Boulevard
Palmdale, CA 93550

Madera County DCSS

120 N. Lake Street
Madera, CA 93638

Marin County DCSS

7655 Redwood Boulevard
Novato, CA 94945-1408

Mariposa County DCSS

5070 Bullion Street
Mariposa, CA 95338

Mendocino County DCSS

107 S. State Street
Ukiah, CA 95482

Merced County DCSS

780 Loughborough Drive
Merced, CA 95348

Modoc County DCSS

1030 N. Main Street
Alturas, CA 96101

Mono County DCSS--Eastern Sierra

Sierra Center Mall
452 Old Mammoth Road, Third Floor
Mammoth Lakes, CA 93546

Monterey County DCSS

752 La Guardia Street
Salinas, CA 93905

ԻՆՔՆԱՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՆԵՐԱԾԱԿԱՆ ՆԱՄԱԿ

DCSS 0597 ARM (11/18/08)

Napa County DCSS
929 Parkway Mall, Suite 247
Napa, CA 94559

Nevada County DCSS
Sierra Nevada Regional DCSS
840 E. Main Street, Suite A
Grass Valley, CA 95945

Orange County DCSS
1055 N. Main Street
Santa Ana, CA 92701

Placer County DCSS
Auburn Office
11795 Education Street, Suite 101
Auburn, CA 95602-2454
Tahoe Office
5225 North Lake Boulevard
Carnelian Bay, CA 96140

Plumas County DCSS
522 Lawrence Street
Quincy, CA 95971

Riverside County DCSS
2041 Iowa Avenue
Riverside, CA 92507-2414
San Jacinto Office
1370 South State Street, Suite A
San Jacinto, CA 92583-9986
Indio Office
47-950 Arabia Street
Indio, CA 92201-6828
Blythe Office
1287 West Hobson Way
Blythe, CA 92225-1423

Sacramento County DCSS
3701 Power Inn Road
Sacramento, CA 95826

San Benito County DCSS
2320 Technology Parkway
Hollister, CA 95023

San Bernardino County DCSS
10417 Mountain View
Loma Linda, CA 92354
Desert Region
15400 Civic Drive
Victorville, CA 92392
West Valley Region
10565 Civic Center Drive
Suite 250 East
Rancho Cucamonga, CA 91730

San Diego County DCSS
Central County Courthouse
220 W. Broadway, 6th Floor
San Diego, CA 92101

San Francisco County DCSS
617 Mission Street
San Francisco, CA 94105

San Joaquin County DCSS
826 North California Street
Stockton, CA 95202

San Luis Obispo County DCSS
1200 Monterey Street
San Luis Obispo, CA 93401

San Mateo County DCSS
555 County Center, 2nd Floor
Call Box 8084
Redwood City, CA 94063

Santa Barbara County DCSS
Santa Barbara Office
4 East Carrillo Street
Santa Barbara, CA 93101
Lompoc Office
401 East Ocean Avenue
Lompoc, CA 93436
Santa Maria Office
201 South Miller Street, Suite 206
Santa Maria, CA 93454

Santa Clara County DCSS
2851 Junction Avenue
San Jose, CA 95134-1910

Santa Cruz County DCSS
420 May Avenue
Santa Cruz, CA 95060

Shasta County DCSS
2600 Park Marina Drive
Redding, CA 96001

Sierra County DCSS
Sierra Nevada Regional DCSS
204 Durgan Flat Road, Suite C
Downieville, CA 95936

Siskiyou County DCSS
1215 S. Main Street
Yreka, CA 96097

Solano County DCSS
Fairfield Office
435 Executive Court North
Fairfield, CA 94534-9742
Vallejo Office
400 Santa Clara Street, Suite 110
Vallejo, CA 94590

Sonoma County DCSS
1755 Copperhill Parkway
Santa Rosa, CA 95403

Stanislaus County DCSS
251 E. Hackett Road
Modesto, CA 95350

Sutter County DCSS
543 Garden Highway
Yuba City, CA 95991

Tehama County DCSS
940 Diamond Avenue
Red Bluff, CA 96080

Trinity County DCSS
716 Main Street
Weaverville, CA 96093

Tulare County DCSS
Visalia Office
8040 Doe Avenue
Visalia, CA 93291-9721
Porterville Office
259 North Main Street
Porterville, CA 93257-3736

Tuolumne County DCSS
975 Morning Star Drive
Sonora, CA 95370

Ventura County DCSS
4651 Telephone Road, Suite 101
Ventura, CA 93003

Yolo County DCSS
100 W. Court Street
Woodland, CA 95695

Yuba County DCSS
5730 Packard Avenue, Suite 200
Marysville, CA 95901

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

DCSS 0064 ARM (08/25/05)

ԻՆՉ ԿԱՐՈՂ Է ՁԵՋ ՀԱՄԱՐ ԱՆԵԼ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԸ:

Բոլոր երեխաներն իրավունք ունեն խնամք ստանալու երկու ծնողներից էլ: Ցանկացած ծնող, այդ թվում՝ չխնամող ծնողը, անկախ նրանից՝ նա ստանում է պետական օգնություն, թե ոչ, կարող է դիմել երեխաների ապրուստադրամի ծառայություններ ստանալու համար: Ապրուստադրամի ծառայություններն անվճար են: Տրամադրվող ծառայություններից մի քանիսը նշված են ստորև.

- ծնող(ներ)ի հայտնաբերում՝ նրանց հարկադրելու համար, որպեսզի ստանձնեն երեխայի խնամքը.
- հայրության հաստատում (իրավաբանական հայրություն).
- երեխայի ապրուստադրամի և/կամ բժշկական աջակցության (առողջության ապահովագրման) վերաբերյալ որոշման ապահովում.
- երեխայի ապրուստադրամի և/կամ բժշկական աջակցության վերաբերյալ որոշման կիրարկում.
- երեխայի ապրուստադրամի և/կամ բժշկական աջակցության վերաբերյալ որոշման փոփոխում.
- երեխայի ապրուստադրամի վերաբերյալ որոշման հետ միասին ամուսնական ապրուստադրամի վերաբերյալ որոշման կիրարկում.
- ապրուստադրամի գանձում և բաշխում:

ԽՆԱՄԱԿԱԼՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԵՎ ԱՅՑԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԶԵՆ ՏՐԱՄԱԴՐՎՈՒՄ:

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ՏԵՂԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ Է ԻՐ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿՈՍՄՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԻՑ: ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ՏԵՂԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԶԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆՈՒՄ ԶԵՋ ԵՎ ԶԻ ՀԱՆԴԻՍԱՆՈՒՄ ԶԵՐ ՓԱՍՏԱԲԱՆԸ: ԲԱՆԻ ՈՐ ԴՈՒՔ ՆՐԱՆՑ ՀԱՃԱԽՈՐԴԸ ԶԵՔ, ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ՏԵՂԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՐՈՂ Է ԱՄՈՒԳԱՅՈՒՄ ԴԱՏԱԿԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԻՐԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ԻՆՉՊԵՍ ԶԵՋ, ԱՅՆՊԵՍ ԷԼ ՄՅՈՒՄ ԾՆՈՂԻՆ, ԵՎ ԶԵՐ ԿՈՂՄԻՑ ՏՐԱՄԱԴՐԱԾ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԳՈՂՏՆԻ ԶԵՆ ՀԱՄԱԴՐՎՈՒՄ ԵՎ ԶԵՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎՈՒՄ ՓԱՍՏԱԲԱՆ-ՀԱՃԱԽՈՐԴ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ԲԻՈՂ ԱՐՏՈՆՈՒԹՅԱՄԸ:

ՀԱՄԱԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ԾՐԱԳՐԻ ՀԵՏ

Երբ Դուք դիմում եք ծառայություններ ստանալու համար, Դուք պետք է համագործակցեք երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության հետ՝ տրամադրելով նրանց բոլոր անհրաժեշտ տեղեկություններն ու փաստաթղթերը, որոնց օգնությամբ կարելի է հաստատել հայրությունը և/կամ գտնել մյուս ծնողին ու ապրուստադրամ գանձել: Ձեր երեխայի համար: Երբ պահանջվում են երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության ծառայությունները, ապա երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը կորոշի, թե ինչ քայլեր է հարկավոր ձեռք առնել: Բոլոր վճարումները պետք է կատարվեն Նահանգային վճարման բաժանմունք: Եթե վճարումներն ուղղակի Ձեզ են կատարվում, դրանք հարկավոր է ուղարկել Նահանգային վճարման բաժանմունք:

Երբ Դուք դիմում եք ապրուստադրամի ծառայություններ ստանալու համար կամ արդեն ստանում եք դրանք, Դուք պարտավոր եք երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանն անմիջապես տեղյակ պահել ցանկացած փոփոխության մասին, որը կարող է ազդել Ձեր գործի կամ երեխաների ապրուստադրամի տեղական բաժանմունքի աշխատանքի վրա: Ահա որոշ օրինակներ.

- երեխան հեռանում է տանից.
- հեռախոսի կամ հասցեի փոփոխությունը, (այդ թվում՝ մեկ այլ նահանգ, շրջան (կոմսություն) կամ երկիր մշտական բնակության տեղափոխվելը).
- պետական օգնության, օրինակ՝ «Կալիֆոռնիայի աշխատանքի հնարավորության և երեխաների նկատմամբ պատասխանատվության» (CalWORKs) դադարեցումը.
- անվան փոփոխությունը.
- գ ապահարգանի կամ Ձեր երեխային վերաբերող որևէ այլ դատական գործի հարուցումը.
- տեղեկությունները մյուս կողմի մասին.
- երեխայի կամ ամուսնական ապրուստադրամի կամ ընտանեկան որևէ տիպի դրամական օգնության ուղղակի ստացումը:

ԶԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք իրավունք ունեք Ձեր հաշվին իրավաբանական օգնություն ստանալու մասնավոր փաստաբանից կամ իրավաբանական օգնության խմբից: Եթե Դուք իրավաբան վարձեք, ապա հարկավոր է այդ մասին տեղյակ պահել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը: Անվճար տեղեկությունների և/կամ իրավաբանական օգնության համար Դուք կարող եք դիմել Վերին ատյանի դատարանի Ընտանեկան օրենսդրության գծով օգնականի գրասենյակ: Հնարավոր է նաև, որ իրավաբանական ծառայությունների տեղական գրասենյակն անվճար կամ ցածր գնով իրավաբանական ծառայություններ տրամադրի:

Եթե Դուք ապրուստադրամի վերաբերյալ որոշում ունեք Կալիֆոռնիայի նահանգում, ապա կարող եք խնդրել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը վերանայել այն և պարզել, թե արդյո՞ք ապրուստադրամի չափը պետք է փոխվի՝ ըստ նահանգում գործող հանձնարարականների: Եթե ապրուստադրամի չափը չի կարող փոխվել ըստ նահանգում գործող հանձնարարականների, ապա երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը, Ձեր կամ մյուս ծնողի խնդրանքով, պարտավոր է Ձեզ կամ նրան տեղեկություն տրամադրել այն մասին, թե որտեղից կարելի է ապրուստադրամի սահմանված չափը փոխելու առնչությամբ դատարանին հայց ներկայացնելու դիմումի ձև ստանալ: Ընտանեկան օրենսդրության գծով օգնականը կարող է նաև անվճար օգնություն տրամադրել: Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը պետք է հայտնի Ձեզ հայրության հաստատման կամ ապրուստադրամի կապակցությամբ տեղի ունեցող յուրաքանչյուր դատական միտքի օրը, ժամը և նպատակը: Դուք իրավունք ունեք կարդալու դատական գործը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այդ տեղեկության բացահայտումն օրենքով արգելված է՝ գաղտնիության պահպանման նկատառումներով:

Ձեր պահանջով՝ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը կարող է Ձեր գործին կցված ամենավերջին որոշումների օրինակները տալ: Դուք կարող եք ինքներդ դատարան գնալ՝ կիրարկելու համար ապրուստադրամի վերաբերյալ որոշումը, սակայն Դուք պետք է երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը նախապես տեղյակ պահեք այն մասին, որ ցանկանում եք ինքներդ հայց հարուցել որոշման կիրարկման կապակցությամբ: Եթե երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը երեսուն (30) օրվա ընթացքում չպատասխանի Ձեր ծանուցմանը կամ եթե երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունն ասի Ձեզ, որ կարող եք սկսել դատական գործը, Դուք կարող եք ինքներդ գործ հարուցել Վերին ատյանի դատարանում՝ որոշման կիրարկման առնչությամբ, քանի դեռ ապրուստադրամն ամբողջությամբ ենթակա է վճարման երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության միջոցով:

Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը պետք է թույլտվություն ստանա ոչ պետական օգնություն ստացողի կողմից՝ նախքան դատարանի որոշման վրա ազդող պայմանագիր կնքելը, որում տվյալ անձը ներկայացված է որպես կողմ:

Եթե Դուք պետական օգնություն չեք ստանում, ապա Նահանգի կողմից ստացվող վճարումներն օգտագործվում են հետևյալ հաջորդականությամբ.

1. ընթացիկ ամսեկան ապրուստադրամ.
2. տոկոսադրույք.
3. նախկինում չվճարված ապրուստադրամ.
4. ապագա պարտավորություններ:

Չխնամող ծնողին վճարվելիք դաշնային եկամտահարկի փոխհատուցումները կարող են առգրավվել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության կողմից, և դրանք տնօրինվում են այլ կերպ, քան երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության կողմից ստացվող այլ վճարումները: Ըստ դաշնային օրենքի, այդ գումարը չի կարող օգտագործվել ապրուստադրամի հետ կապված ընթացիկ պարտավորությունների մարման համար: Այն պետք է ընդգրկվի երեխայի նախկին չվճարված օգնության մեջ: Այն պետք է օգտագործվի նախկինում չվճարված ապրուստադրամի պարտքը մարելու համար: Եթե խնամող ծնողը պետական օգնություն, այդ թվում՝ «Medi-Cal» է ստացել, ապա պետությանը նախկինում չվճարված ապրուստադրամը կվճարվի առաջին հերթին:

Դաշնային հարկի փոխհատուցումների հաշվին փոխհաշվարկի ենթակա բոլոր գործերը ենթակա են վարչական փոխհաշվարկի: Վարչական փոխհաշվարկի են ենթակա հետևյալ տիպի վճարումները: Դրանք վերաբերում են ինչպես պարբերական, այնպես էլ միանվագ վճարումներին: Պարբերական վճարումներն այն վճարումներն են, որոնք կատարվում են պարբերաբար կամ կրկնվում են: Միանվագ վճարումը կատարվում է մեկ անգամ և այլևս չի կրկնվում, օրինակ՝ կենսաթոշակի անցնելիս վճարվող միանվագ գումարը:

Ներկայումս վարչական փոխհաշվարկի ենթակա դաշնային վճարումներն են՝ դաշնային կենսաթոշակի վճարումները, առևտրային և տարբեր վճարումները (այսինքն՝ ծախսերի փոխհատուցումը և ճանապարհորդական ծախսերի վճարումը):

Վարչական փոխհաշվարկը և դաշնային հարկի փոխհատուցումից փոխհաշվարկը թույլատրված են 31 Միացյալ Նահանգների օրենսգրքի 3716-րդ բաժնի, 42 Միացյալ Նահանգների օրենսգրքի 664-րդ բաժնի, 26 Միացյալ Նահանգների օրենսգրքի 6402-րդ բաժնի և 45 Դաշնային կանոնակարգերի ժողովածուի 303.72-րդ բաժնի համաձայն:

Նահանգային եկամտահարկի փոխհատուցումը և չխնամող ծնողին վճարվող վիճակախաղի շահումները նույնպես կարող են պահվել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման գործակալության կողմից, և դրանք օգտագործվում են երեխաների ապրուստադրամի ծրագրի՝ ապրուստադրամի բաշխման կանոնակարգի համաձայն (Սկզբունքների և ընթացակարգերի ձեռնարկ, 12-415-րդ և 12-420-րդ բաժիններ): Վստահագրյալ հարկերի խորհրդի կողմից կատարվող առգրավումը և վիճակախաղի շահումներից գանձումները կատարվում են ապրուստադրամի բոլոր ընթացիկ վճարումներին, այնուհետև նախկինում չվճարված ապրուստադրամի, այդ թվում՝ բժշկական աջակցության վճարման համար:

ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅՈՒՄ ՎԵՐԱՎՈՐՄԱՆ ԶԻ ԳԱՆՉՎՈՐՄԱՆ ԶԵՎԱԹՂԹԻ ԵՎ ԴԻՄՈՐԴՆԵՐԻՆ ՏՐԱՍՍԴՐՎԱԾ ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՊՐՈՒՄՍԱԴՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ: ՍԱԿԱՅՆ ՈՐՈՇ ՆԱՀԱՆԳՆԵՐՈՒՄ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԳՈՒՄԱՐ ԳԱՆՉՎՈՐՄԱՆ Է: ԵԹԵ ՁԵՐ ԳՈՐԾԸ ԱՌՆՉՎՈՐՄԱՆ ԵՆ ՆԱՍՆ ՆԱՀԱՆԳՆԵՐԻՑ ՈՐԵՎԷ ՄԵԿԻ ՅԵՏ, ԱՊԱ ՆՐԱՆՔ ԿԱՐՈՐ ԵՆ ՊԱՅՈՒՄՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼ ԱՊՐՈՒՄՍԱԴՐԱՄԻՑ ԿԱՄ ԱՎԵԼԱՑՆԵԼ ԳԱՆՉՎԵԼԻՔ ԳՈՒՄԱՐԸ ՁԵՐ ՊԱՐՏԹԻ ՀԱՇՎԵԿՇՈՒՆ:

ԾԱՆՈՒՅՈՒՄ ԳԱՆՉՄԱՆ ԵՎ ԲԱՇԽՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Չխնամող ծնողն ամեն ամիս ապրուստադրամի «Գանձման և բաշխման մասին ծանուցում» կստանա: Ծանուցման մեջ նշված կլինի տվյալ ժամանակահատվածում գանձված և վճարված ողջ գումարի չափը և այն, թե արդյո՞ք այդ գումարն օգտագործվել է ընթացիկ ապրուստադրամը վճարելու, թե՞ նախկին պարտքը մարելու նպատակով: Այն ամսում, որի ընթացքում ապրուստադրամ չի գանձվել կամ վճարվել, «Գանձման և բաշխման մասին ծանուցում» չի ուղարկվի:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ «MEDI-CAL»-Ը

Ծնողներից որևէ մեկից կամ երկու ծնողից էլ կարող է պահանջվել առողջության ապահովագրում տրամադրել, եթե ապահովագիրը մատչելի է:

Սովորաբար ապահովագիրը մատչելի է համարվում, եթե այն աշխատավարի հետ կապված խմբի կամ որևէ այլ խմբի կողմից տրամադրվող առողջության ապահովագրություն է: Սակայն գնի մատչելիության հարցում որոշում կայացնելիս դատարանը հաշվի կառնի նաև այն, թե առողջության ապահովագրումը ծնող(ներ)ի վրա իրականում որքան գումար է նստում:

Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը կխնդրի դատարանին հաստատել կամ փոփոխել երեխայի ապրուստադրամի առնչությամբ կայացված որոշումը՝ պահանջելով ծնող(ներ)ից առողջության ապահովագրում տրամադրել երեխային, եթե դրա գինը մատչելի է: Խնամող ծնողը նույնպես կարող է պահանջել, որպեսզի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը փոփոխի երեխայի օգնության առնչությամբ կայացված որոշումը և դրանում նոր կետ ավելացնի առողջության ապահովագրում տրամադրելու մասին: Դա կարող է ազդել երեխայի ապրուստադրամի հարցում պարտավորությունների ամսական գումարի վրա: Եթե չխնամող ծնողից դատարանի որոշմամբ պահանջվում է երեխային առողջության ապահովագրում տրամադրել, ապա երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը, անհրաժեշտության դեպքում, կապ կհաստատի չխնամող ծնողի և նրա գործատուի հետ և հոգ կտանի, որպեսզի երեխան առողջության ապահովագրություն ստանա: Այն բանից հետո, երբ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը ստանա տեղեկությունն առողջության ապահովագրության մասին, այդ տեղեկությունը կհայտնվի խնամող ծնողին: Մասնավոր առողջության ապահովագրություն ունենալը խնամող ծնողին չի խանգարում «Medi-Cal» ստանալ: Եթե խնամող ծնողը «Medi-Cal» է ստանում և ունի անհատական կամ խմբային մասնավոր առողջության ապահովագրություն (այդ թվում՝ ատանմաբուժական կամ ակնաբուժական), ապա դաշնային և նահանգային օրենքները պահանջում են, որ խնամող ծնողը այդ մասին տեղյակ պահի շրջանի (կոմսության) նպաստների բաժնին (CWD), առողջության ապահովագրում տրամադրողին և երեխաների ապահովման ապրուստադրամի գործակալությանը: Այդ տեղեկությունը չհայտնելը օրենքի խախտում է համարվում: Խնամող ծնողը պետք է տասն (10) օրվա ընթացքում տեղյակ պահի «CalWORKs»-ի իրավասությունների գծով գործակալին և/կամ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման գործակալությանը, երբ իր մասնավոր առողջության ապահովագրությունը փոխվում կամ դադարեցվում է: Խնամող ծնողը պետք է տեղյակ պահի «CalWORKs»-ի իրավասությունների գծով գործակալին և/կամ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման գործակալությանը նաև առողջության ապահովագրության կապակցությամբ կայացված ցանկացած դատական որոշման մասին:

Եթե խնամող ծնողը միայն «Medi-Cal» է ստանում, ապա խնամող ծնողը պետք է համագործակցի հայրության հաստատման և բժշկական աջակցություն ստանալու հարցում՝ որպես «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու իրավասության շարունակման պայման, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ խնամող ծնողը ներկայացրել է չհամագործակցելու համար «հիմնավոր պատճառի» (WA 51) դիմում և CWD-ն վավերացրել է այն: Ձեր երեխաները կշարունակեն «Medi-Cal» ստանալու իրավասություն ունենալ: Բացի այդ, կտրամադրվեն երեխաների ապրուստադրամի բոլոր ծառայությունները, եթե խնամող ծնողը չստի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը, որ չի ցանկանում ստանալ այն ծառայությունները, որոնք չեն առնչվում բժշկական աջակցության և հայրության հաստատման հետ: Բժշկական աջակցություն ստանալը կարող է նվազեցնել երեխայի ապրուստադրամի չափը: Այն դեպքում, երբ ծնողներից երկուսն էլ ապրում են երեխայի հետ, ապա երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը միայն հայրությունը կհաստատի:

Դաշնային օրենքի համաձայն [42 U.S.C. Բաժին 1396(a) (25)], «Medi-Cal» ստացողին պատկանող առողջության ապահովագրությունը՝ երեխայի ապրուստադրամի կամ բժշկական աջակցության վերաբերյալ որոշման կիրարկման դեպքում իրականացվում է հետևյալ կերպ.

Սպասարկողը հաշիվ է ներկայացնում «Medi-Cal»-ին: «Medi-Cal»-ը վճարում է սպասարկողին: Այնուհետև «Medi-Cal»-ը պահանջում է փոխհատուցումը առողջության ապահովագրության մյուս ընկերությունից: Դուք պատասխանատու չեք ապահովագրության որևէ տիպի համավճարման համար (համատեղ ապահովագրում, համավճարում կամ չփոխհատուցվող գումար), բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հարկավոր է համապատասխանել «Medi-Cal»-ի համավճարման կամ ծախսերի կիսման պահանջներին: Սպասարկողը կարող է Ձեզ հաշիվ ներկայացնել տրամադրված ծառայության համար, եթե Դուք նրան չօգնեք պարզել, թե որն է Ձեր մասնավոր առողջության ապահովագրության ընկերությունը: Եթե Ձեր մյուս առողջության ապահովագրության ընկերությունը Կանխավճարված առողջապահական ծրագիր (PHP) կամ առողջության պահպանման կազմակերպություն (HMO) է, ապա սովորական բժշկական խնամք ստանալու համար Դուք պետք է օգտվեք այդ ծրագրի հիմնարկություններից: Բացի սպասարկման տարածքից դուրս տրամադրվող և շտապ օգնության ծառայություններից, «Medi-Cal»-ը չի վճարի Ձեր «PHP»-ի/«HMO»-ի հետ առնչություն չունեցող ծառայությունների համար: Սպասարկման տարածքից դուրս տրամադրվող կամ շտապ օգնության ծառայությունների համար հաշիվը պետք է ներկայացվի Ձեր «PHP»-ին/«HMO»-ին:

**ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒՄՏԱԴՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԼՐԱՑՈՒՅԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ՉԱՍՏԱՐ ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿԱՐԴԱԼ ՁԵՐ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒՄՏԱԴՐԱՄԻ ՁԵՌՆԱՐԿԸ**

ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՈՉ ԽՏՐԱՎԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ ՄԱՍԻՆ

Կալիֆոռնիա նահանգի քաղաքականությունն է՝ ապահովել, որ բոլոր անձինք հավասար վերաբերմունքի արժանանան, ոչ ոքի չմերժվի որևէ ծառայություն և ոչ ոք չհեռացվի որևէ ծրագրի անդամակցությունից կամ որևէ կերպ արժանանա այլ անձանցից տարբեր վերաբերմունքի՝ իր էթնիկական, ռասայական կամ ազգային պատկանելիության, մաշկի գույնի, քաղաքական գործունեության կամ համոզմունքների, դավանանքի, սեռի, տարիքի կամ հաշմանդամության պատճառով:

Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման յուրաքանչյուր տեղական գործակալություն ունի իր քաղաքացիական իրավունքների համակարգիչ պաշտոնյան: Ցանկացած դիմորդ/ծառայություն ստացող, որը կարծում է, որ իրեն խտրական վերաբերմունք է ցույց տրվել, կարող է խտրականության մասին զանգատ ներկայացնել՝ նախ նահանգի հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի (CSSC) միջոցով դիմելով երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության քաղաքացիական իրավունքների համակարգիչ պաշտոնյային, ապա գրավոր դիմում ուղարկելով Կալիֆոռնիայի՝ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտ՝ Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064 կամ զանգահարելով 1-866-901-3212 հեռախոսահամարով:

ԳԱՆԳԱՏՆԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄԸ. ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՆԱՅԱՆԳԱՅԻՆ ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

ԳԱՆԳԱՏԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ:

- Եթե Դուք գանգատ ունեք երեխաների ապրուստադրամի ապահովման որևէ տեղական գործակալությունից՝ Ձեր երեխայի ապրուստադրամի գործի կապակցությամբ կատարված կամ չկատարված որևէ գործողության համար, Դուք իրավունք ունեք գանգատի կարգավորում պահանջել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունից:
- Դուք կարող եք գանգատը գրավոր կերպով ներկայացնել, լրացնելով «Գանգատի կարգավորման դիմումի» ձևը, կամ կարող եք գանգահարել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն:
- **ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Գանգատի կարգավորման Ձեր դիմումը պետք է ներկայացվի 90 օրվա ընթացքում՝ այն օրվանից հետո, երբ Դուք իմացել էիք կամ պետք է իմացած լինեիք Ձեր գանգատի առարկայի մասին:**
- Ձեր գանգատը ստանալու օրվանից հետո երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը 30 օր ունի՝ Ձեր գանգատը գրավոր կերպով կարգավորելու համար, եթե դրա համար երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը լրացուցիչ տեղեկություններ կամ ավելի շատ ժամանակ անհրաժեշտ չլինի: Եթե գանգատը կարգավորելու համար երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը լրացուցիչ տեղեկություններ կամ ավելի շատ ժամանակ անհրաժեշտ լինի, այն կապ կհաստատի Ձեզ հետ:

ՆԱՅԱՆԳԱՅԻՆ ՈՒՆԿՆԴՐՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ:

- Եթե երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը Ձեր գանգատը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում չի պատասխանում Ձեզ, Դուք իրավունք ունեք Նահանգային ունկնդրություն պահանջելու Վարչական իրավունքի դատավորի մոտ: **ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Գանգատի կարգավորման Ձեր դիմումը պետք է ներկայացվի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն Ձեր գանգատը ներկայացնելուց հետո 90 օրվա ընթացքում:**
- Եթե երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը Ձեր գանգատը ներկայացնելուց հետո 30 օրվա ընթացքում պատասխանում է Ձեզ, բայց նրանց կողմից առաջարկվող հարցի լուծումը կամ պատասխանը Ձեզ չի բավարարում, Դուք իրավունք ունեք Նահանգային ունկնդրություն պահանջելու Վարչական իրավունքի դատավորի մոտ: **ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Նահանգային անկողմնակալ ունկնդրության դիմումը պետք է ներկայացնել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության գրավոր պատասխանը ստանալուց հետո՝ 90 օրվա ընթացքում:**
- Դուք կարող եք գրավոր կերպով Նահանգային ունկնդրություն պահանջել՝ «Նահանգային ունկնդրության դիմումի» ձև լրացնելով և ուղարկելով Նահանգային ունկնդրության գրասենյակ կամ կարող եք գանգահարել Նահանգային ունկնդրության գրասենյակ՝ 1-866-289-4714 անվճար հեռախոսահամարով:
- Նահանգային ունկնդրության գրասենյակը Ձեզ կհայտնի ունկնդրության օրը, ժամը և վայրը:
- Նահանգային ունկնդրության գրասենյակը թարգմանիչ կամ հաշմանդամների օժանդակ հարմարանք կտրամադրի Ձեզ, եթե Դուք դրա կարիքն ունենաք:
- **ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Բոլոր տիպի գանգատների դեպքում չէ, որ կարելի է Նահանգային ունկնդրություն պահանջել:**

Նահանգային ունկնդրություն կանցկացվի միայն հետևյալ հարցերի դեպքում.

- երեխայի ապրուստադրամի դիմումը մերժվել է կամ դիմումին ժամանակին ընթացք չի տրվել.
- երեխայի ապրուստադրամի գործին ընթացք է տրվել դաշնային կամ նահանգային օրենքների կամ կանոնակարգերի խախտումով կամ անտեսելով Կալիֆոռնիայի՝ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտի կողմից ուղարկված ցուցումների նամակը, կամ գործը, այդ թվում՝ երեխայի ապրուստադրամի վերաբերյալ որոշում ստանալու, փոփոխելու կամ կիրարկելու և երեխայի ապրուստադրամի հաշվարկների վերաբերյալ տրված ցուցումները չեն կատարվել պահանջվող ժամկետներում.
- երեխայի համար գանձված ապրուստադրամը չի ուղարկվել կամ սխալ է ուղարկվել կամ բաշխվել, կամ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը սխալ է հաշվել պարտքի դիմաց պահվող գումարը.
- երեխայի ապրուստադրամի գործը փակելու մասին երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության որոշումը:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Հետևյալ հարցերը չեն կարող լսվել Նահանգային ունկնդրության ժամանակ.

- երեխայի ապրուստադրամի հետ կապված այնպիսի հարցեր, որոնք պետք է լուծվեն միջնորդության, հիմնավորման հրամանի կամ դատական բողոքարկման միջոցով.
- երեխաների ապրուստադրամի կամ չվճարված պարտքի վերաբերյալ դատարանի որոշումների վերանայում.
- հայրության վերաբերյալ դատարանի որոշում կամ որևէ այլ հավասարազոր որոշում.
- ամուսնական ապրուստադրամի վերաբերյալ դատարանի որոշում.
- երեխայի խնամակալության վերաբերյալ որոշումներ.
- երեխայի այցելությունների վերաբերյալ որոշումներ.
- գանգատներ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության աշխատակցի կողմից անբաղաձաք վերաբերմունքի արժանանալու մասին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ նման վերաբերմունքը լսելի արարքի կամ անգործության պատճառ է դարձել:

ՕՍԲՈՒԴԱՄԱՆԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

- երեխաների ապրուստադրամի ապահովման յուրաքանչյուր տեղական գործակալությունում օմբուդսման կա, որը կօգնի Ձեզ գանգատների կարգավորման և/կամ Նահանգային ունկնդրության հարցում:
- Օմբուդսմանը կարող է օգնել Ձեզ տեղեկություններ ձեռք բերել Ձեր գանգատի վերաբերյալ, որպեսզի նախապատրաստվեք Նահանգային ունկնդրությունը:
- **ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Օմբուդսմանը չի կարող ներկայացնել Ձեզ Նահանգային ունկնդրության ժամանակ կամ Ձեզ իրավաբանական խորհրդատվություն տրամադրել:**

ԵՐԵՒԱՅԻ ՀԱՄԱՐ ՊԱՐՁԵՑՎԱԾ ԴԻՄՈՒՄԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԱՊՐՈՒՄՍԱԳՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

DCSS 0373 ARM (08/16/04)

Ձեր գործի ընթացքը կախված է այն տեղեկություններից, որոնք Դուք կտրամադրեք մեզ այս ձևաթղթի վրա: Խնդրում ենք հնարավորին չափ շատ տեղեկություններ տրամադրել: Բոլոր հարցերին ամբողջական պատասխաններ տվեք: Եթե Դուք պատասխանը չգիտեք, գլխատառերով գրեք «ՀԱՅՏՆԻ ՉԷ» (UNKNOWN), եթե հարցը Ձեզ չի վերաբերում, գլխատառերով գրեք «ԿԻՐԱՌԵԼԻ ՉԷ» (N/A):

Մինչև սկսելը՝ խնդրում ենք կարդալ «Երեխաների ապրուստադրամի ձեռնարկը»: Այդ գրքում բացատրվում են երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության միջոցով տրամադրվող ծառայությունները: Կարդացեք նաև «Ծանուցումը երեխաների ապրուստադրամի կիրարկման ծրագրի մասին»: Այդ ծանուցումը բացատրում է Ձեր պարտավորությունները երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության նկատմամբ և երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության պարտավորությունները Ձեր նկատմամբ: Ոչ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության փաստաբանը, ոչ գլխավոր դատախազը, և ոչ էլ նրանց աշխատակիցներից որևէ մեկը չեն հանդիսանում Ձեր կամ երեխա(ներ)ի փաստաբանը: Խնդրում ենք բոլոր ձևաթղթերը լրացնել ՍԵՎ ԹԱՆԱՔՈՎ և ընթերցելի գրել ԳԼԽԱՍԱՌԵՐՈՎ:

ԽՆԱՄՈՂ ԾՆՈՂԻ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԵՎ ԵՐԵՒԱ (ՆԵՐ)Ի ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ

Այս բաժինը երեխա(ներ)ի հիմնական խնամողը հանդիսացող անձի կամ կողմի մասին է: Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել բաժինը: Եթե Դուք խնամող կողմն եք, անպայման մշեք մի հեռախոսի համար, որտեղ Ձեզ կարելի է զանգահարել օրվա ընթացքում:

Եթե դիմումի մեջ նշված երեխաները տարբեր չխնամող ծնողներ ունեն, ապա յուրաքանչյուր չխնամող ծնողի համար առանձին դիմում պետք է լրացվի: Եթե որևէ բաժնում Ձեզ լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, լրացուցիչ թերթ կցեք կամ օգտագործեք առաջին էջի վերջում գտնվող «Դիտողություններ» բաժինը:

Խնդրում ենք նշել այն ծնողի բոլոր երեխա(ներ)ին, որից ապրուստադրամի ծառայություններ են պահանջվում: Նշեք յուրաքանչյուր երեխայի լրիվ անունը՝ անունը, միջին անունը, ազգանունը և վերջածանցը (կրտսեր, ավագ, III և այլն):

Այս բաժնում դիմումի մեջ նշված երեխա(ներ)ի կենսաբանական հոր հաստատմանը վերաբերող մի քանի հարց կա: Հարցերից մեկում ասվում է, թե արդյո՞ք «Հայրության հայտարարագիր» ստորագրվել է: «Հայրության հայտարարագիրը» իրավաբանական փաստաթուղթ է, որը, երկու ծնողների կողմից ստորագրվելու դեպքում, (սովորաբար դա արվում է հիվանդանոցում կամ կլինիկայում) հայտարարում է այն մասին, որ տվյալ անձը հանդիսանում է երեխայի իրավաբանական հայրը: Այդ ձևաթուղթը ստորագրելը և Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտ ուղարկելը պաշտոնապես հաստատում է, որ տվյալ անձը հանդիսանում է երեխայի հայրը՝ առանց դատարան դիմելու անհրաժեշտության:

Սեկ այլ հարց այն մասին է, թե արդյո՞ք «Հայրության մասին դատարանի վճիռ» կայացվել է: «Հայրության մասին դատարանի վճիռը» դատարանի որոշում է, որը, պաշտոնական ընթացակարգի միջոցով հաստատում է երեխա (ներ)ի կենսաբանական հորը: Կենսաբանական հոր հաստատումն անհրաժեշտ է՝ նախքան դատարանը կկարողանա որոշում կայացնել երեխայի ապրուստադրամի վերաբերյալ:

Դիտողություններ: Անհրաժեշտության դեպքում Դուք կարող եք այս բաժինն օգտագործել որպես լրացուցիչ տեղ կամ ավելացնել ցանկացած լրացուցիչ տեղեկություն, որը, Ձեր կարծիքով, կարող է օգնել մեզ երեխա(ներ)ի համար դատարանի որոշում ստանալ կամ կիրարկել: Դուք կարող եք տեղեկություններ ավելացնել մյուս ծնողի բնավորության մասին, այն մասին, թե արդյո՞ք նա հրացան կամ ատրճանակ ունի, արդյո՞ք նա սպառնացել է Ձեզ կամ երեխա(ներ)ին և այլն:

ՉԽՆԱՄՈՂ ԾՆՈՂԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ

Եթե Դուք խնամող կողմն եք, ապա այս բաժնում պահանջվող որոշ տեղեկություններ լրացնելու համար հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք Ձեր հին փաստաթղթերը նայել: Որքան շատ տեղեկություններ մենք ունենանք այս բաժնում, այնքան լավ և արագ կկարողանանք սպասարկել Ձեզ:

Եթե դա ընդհանրապես հնարավոր է, խնդրում ենք նշել չխնամող ծնողի սոցիալական ապահովության համարը կամ համարները: Եթե չգիտեք նրա ծննդյան ճշգրիտ անսաթիվը, մշեք մոտավոր տարիքը:

Խնդրում ենք տրամադրել չխնամող ծնողի մասին Ձեր ունեցած բոլոր ֆինանսական տեղեկությունները: Անհրաժեշտության դեպքում՝ լրացուցիչ թերթեր կցեք կամ օգտագործեք առաջին էջի «Դիտողություններ» բաժինը:

Եթե Դուք չխնամող կողմն եք, անպայման մշեք մի հեռախոսի համար, որտեղ Ձեզ կարելի է զանգահարել օրվա ընթացքում:

ԴԻՄՈՐԴԻ ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Առանց Ձեր ստորագրության մենք չենք կարողանա բացել այս գործը: Ձեր ստորագրությունը ցույց է տալիս, որ Դուք Ձեր հնարավորությունների սահմաններում պատասխանել եք այս դիմումի մեջ նշված հարցերին, և որ Դուք ցանկանում եք բացել այս գործը: Դա ցույց է տալիս նաև, որ Դուք ուշադրությամբ կարդացել եք ստորագրության գծից վեր գետեղված տեղեկությունները:

Դատարկ էջ

ՊԱՐԶԵՑՎԱԾ ԴԻՄՈՒՄ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՊՐՈՒԲՍԱԴՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՐ

DCSS 0373 ARM (08/16/04)

ԵՄ՝

ԽՆԱՍՈՂ ԿՈՂՄՆ ԵՄ

ԶԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂՆ ԵՄ

ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒԴԹՅԱՆ ԼՐԱՅՆՈՂ ԱՆՁԸ)

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ: Խնամող կողմն այն անձն է, որը համոզված է, որը համոզված է, որը համոզված է անհրաժեշտ էրեխաների հիմնական խնամողը:

ԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂԻ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԵՎ ԵՐԵՒԱԿ(ՆԵՐ)Ի ՏԿՅԱԼՆԵՐԸ

ԼՐԻՎ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ, ԱՆՈՒՆԸ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆԸ)		ՀԵՌԱՆՈՒՄ ՀԱՍԱՐԸ ՏԱՆ՝ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ՝ ԲԶՋԱՅԻՆ՝ ԱՅԼ (ՆՇԵՔ)	ՁԱՆԳԱՀԱՐԵԼՈՒ ՀԱՍԱՐ ԱՄԵՆԱԿԱԿ ԺԱՄԱՆԱԿԸ <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. ՁԱՆԳԱՀԱՐԵԼՈՒ ՀԱՍԱՐ ԱՄԵՆԱՀԱՐԱՐԱՐ ՀԱՍԱՐԸ <input type="checkbox"/> ՏԱՆ <input type="checkbox"/> ԲԶՋԱՅԻՆ <input type="checkbox"/> ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ <input type="checkbox"/> ԱՅԼ
ԱՂՋԿԱԿԱՆ ԱՆՈՒՆԸ (ԵԹԵ ՏԵՂԻՆ Է)	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՐԵՒԱԿ(ՆԵՐ)Ի ՀԵՏ <input type="checkbox"/> ՀՈՐԸ <input type="checkbox"/> ՄՈՐԸ <input type="checkbox"/> ԱՅԼ (ՆՇԵՔ)		
ՆԵՐԿԱ ԿՆՈՋ/ԱՄՈՒՄՆՈՒ ԱՆՈՒՆԸ			
ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑՎԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)		ԷԼ. ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ	

Խնամող կողմն ցերեկայումս չխնամող ծնողի հե՞տ է ապրում: ԱՅՈ ՈՉ (Եթե «ՈՉ», մշեք օրը և հասցեն, երբ և որտեղ վերջին անգամ միասին եք ապրել)

ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑՎԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)	ՄՈՑԻԱԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՀԱՍԱՐ	ՎԱՊՐՈՒՄԱԿԱՆ ԻՎՈՒՄՆԵՐԻ ՎՃԱՅՎԱՆԻ ՀԱՍԱՐԸ	ՆՇԵՔ	ԾՆԵՂՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ ԿԱՄ ԱՄՍԱԿՈՒ ՏԱՐԻՔԸ	ԾՆԵՂՎԱԿԱՅՐԸ	ՈՒՍԱՆ	ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԼԵՋՈՒՆ ՏԱՆԸ ԽՈՍՎՈՂ ԼԵՋՈՒՆ	ՍԵՈԸ՝ <input type="checkbox"/> ԻԳԱԿԱՆ <input type="checkbox"/> ԱՐԱԿԱՆ
----------	---	----------------------------	---------------------------------------	------	-------------------------------------	-------------	-------	------------------------------------	---

ՆԵՐԿԱ ԳՈՐԾԱՑԻՐՈՋ ԱՆՈՒՆԸ - ԵԹԵ ՆԵՐԿԱՅՈՒՄ ԶԻ ԱՇԽԱՏՈՒՄ, ԱՅՍԵՐ ԳԼԽԱՏԱԿԵՐՈՎ ԳՐԵՔ «ԳՈՐԾԱՐՈՒՄ»

ՆԵՐԿԱ ԳՈՐԾԱՑԻՐՈՋ ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑՎԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)

Ամուսնության ամսաթիվը և վայրը (Եթե երբեք ամուսնացած չի եղել, մշան դրեք «Չկա»-ի դիմաց) | Ամուսնալուծության ամսաթիվը և վայրը (Եթե ամուսնալուծված չէ, մշան դրեք «Չկա»-ի դիմաց)

ԱՄՈՒՄՆՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ ԶԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂԻ ՀԵՏ	ԿՈՍՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	<input type="checkbox"/> ԶԿԱ	ԱՄՈՒՄՆԱԿԱՆ ԾՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԿՈՍՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	<input type="checkbox"/> ԶԿԱ
---	--------------	---------	------------------------------	-----------------------------	--------------	---------	------------------------------

Եթե ծնողներն ամուսնացած չեն եղել, խնդրում ենք ստորև պատասխանել 1-5-րդ հարցերին:

- Զխնամող ծնողը երբևէ Կալիֆոռնիայում ապրե՞լ է..... ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», ե՞րբ որտե՞ղ
- Զխնամող ծնողը երբևէ Կալիֆոռնիայում աշխատե՞լ է..... ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», ե՞րբ որտե՞ղ
- Ո՞ր մահանգում են երեխաները հղացվել: (Համար օգտագործեք ստորև մշված յուրաքանչյուր երեխայի համար)..... Երեխա ք. _____ Նահանգը _____ Երեխա ք. _____ Նահանգը _____ Երեխա ք. _____ Նահանգը _____
- «Հայրության հայտարարագիր» ստորագրվե՞լ է՞ Կալիֆոռնիայի որևէ հիվանդանոցում կամ գործակալությունում..... ԱՅՈ ՈՉ ԶԳԻՏԵՄ Եթե «ԱՅՈ», որտե՞ղ
- «Հայրության մասին դատարանի վճիռ» կայացվե՞լ է..... ԱՅՈ ՈՉ ԶԳԻՏԵՄ Եթե «ԱՅՈ», որտե՞ղ

Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման որևէ այլ գործակալության կողմից ծառայություններ տրամադրվե՞լ են (Եթե «ԱՅՈ», խնդրում ենք մշել ամսաթիվը, քաղաքը և նահանգը)

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՄՍԱԹՎԵՐԸ Սկսած՝ Մինչև՝	ՔԱՂԱՔԸ ԵՎ ՆԱՀԱՆԳԸ, ՈՐՏԵՐ ԱՏԱՑՎԵԼ ԵՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	ԱՆՁԱՓՈՅՐԱՆ ԵՐԵՒԱՆԵՐԸ ԱՏԱՑԵՒԼ ԵՆ ԴՐԱՄԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ (ՆՊԱՍՏ) <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
--	--	---

Դատարանի որոշում կա՞յն մասին, որ չխնամող ծնողը պետք է ապրուստադրամ վճարի ստորև մշված երեխա(ներ)ի համար ԱՅՈ ՈՉ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ Է

ԴԱՏԱՐԱՆԻ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՍԱՐԸ	ՈՐՈՇՄԱՆ ՍԱՀԱՆԿԱԿԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ <input type="checkbox"/> ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ <input type="checkbox"/> ԱՄՍԵԿԱՆ	ՈՐՈՇՄԱՆ ԱՄՍԱԹՎԸ	ԿՈՍՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ
-------------------------	--	-----------------	--------------	---------

Նշեք այս չխնամող ծնողի բոլոր անհրաժեշտ երեխաների լրիվ անունները (Եթե երեխան դեռ չի ծնվել, գրեք «չծնված» և մշեք ծննդյան սպասվող օրը): (Մեկ այլ չխնամող ծնողի երեխաների համար առանձին դիմում է հարկավոր)

Եթե երեխան դեռ չի ծնվել, ԱՅՍԵՐ ՆՇԵՔ «ԶԾՆՎԱԾ»

ԱՆՈՒՆԸ	ՍԵՈԸ	ԾՆԵՂՅԱՆ ԱՄՍԱԹՎԸ	ԾՆԵՂՎԱԿԱՅՐԸ (ՔԱՂԱՔԸ ԵՎ ՆԱՀԱՆԳԸ)	ՄՈՑԻԱԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՀԱՍԱՐԸ	ԶԵՋ ՀԵՏ ԱՊՐՈՂ ԵՐԵՒԱՆ(ԵՐԸ)
1.					<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
2.					<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
3.					<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
4.					<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

Նշեք այս չխնամող ծնողի հետ կապ ՉՈՒՆԵՑՈՂ այլ անհրաժեշտ երեխա(ներ)ի անուն(ներ)ը

ԱՆՈՒՆԸ	ՍԵՈԸ	ԾՆԵՂՅԱՆ ԱՄՍԱԹՎԸ	ԶԵՋ ՀԵՏ ԱՊՐՈՂ ԵՐԵՒԱՆ(ԵՐԸ)
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
			<input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ

ԴԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (Եթե լրացուցիչ տեղի կարիք ունեք, խնդրում ենք առանձին թերթ կցել)

ՉԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ

ԼՐԻԿ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ, ԱՆՈՒՆԸ, ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆԸ)		ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐՆԵՐԸ ՏԱՆ՝ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ՝ ԲԶՋԱՅԻՆ՝ ԱՅԼ (ՆՇԵՔ)
ԱՂՋԱԿԱՆ ԱՆՈՒՆԸ (ԵԹԵ ՏԵՂԻՆ Է)	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՐԵՆԱ(ՆԵՐ)Ի ՀԵՏ <input type="checkbox"/> ՀՈՐԸ <input type="checkbox"/> ՄՈՐԸ	
ՆԵՐԿԱ ԿՆՈՋ/ԱՄՈՒՄՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆԸ		
ՉԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂԻ ԱՅԼ ԱՆՈՒՆՆԵՐԸ ԿԱՄ ՄԱԿԱՆՈՒՆՆԵՐԸ		ԷԼ. ՓՈՍՏԻ ՀԱՍՑԵՆ
ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)		<input type="checkbox"/> ՈՒԺԻ ՄԵՋ Է ԱՅԺՄ <input type="checkbox"/> ՈՒԺԻ ՄԵՋ Է ԵՂԵԼ (ԱՄՍԱԹԻՎԸ)
ՍՈՑԻԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ	ՎԱՐՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆԵՔԻ ՎՅՋԱՅՎԱՍԻ ՀԱՄԱՐԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ ԾՆԵՂՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ ԿԱՄ
		ՄՈՏԱՎՈՐ ՏԱՐԻՔԸ ԾՆԵՂԱՎԱՅՐԸ
		ՍԵՌԸ <input type="checkbox"/> ԻԳԱԿԱՆ <input type="checkbox"/> ԱՐԱԿԱՆ

Ներկայումս փորձնական ժամկետով կամ խոստումով ազատված է ԱՅՈ ՈՉ

Ներկայումս կալանքի տակ կամ ազատազրկված է ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», լրացրեք ստորև պահանջվող տեղեկությունները.

ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԳՈՐԾԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՔԱՂԱՔԸ	ՆԱՀԱՆԳԸ	ՀԱՆՑԱՆՔԸ (ՊԱՏՃԱՌԸ)
----------	------------------	--------	---------	--------------------

Չխնամող ծնողն ԱՄՆ-ի քաղաքացի է: ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ՈՉ», խնդրում ենք այստեղ նշել, թե որ երկրի քաղաքացի է.

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՆՎԱՐԱԳԻՐԸ (ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿՑԵԼ ԼՈՒՄՆԱԿԱՐԸ)

ՈԱՍԱՆ	ԿԱԶՄՎԱԾՔԸ	ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԼԵՋՈՒՆ
ՄԱՋԵՐԸ	ՀԱՍԱԿԸ	ՀԱՏՈՒԿ ՆՇԱՆՆԵՐԸ (ՆՇԱՆՆԵՐ, ՄՊԻՆԵՐ, ՂԱՋՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ԱՅԼՆ)
ԱՉՔԵՐԸ	ՔԱՇԸ	

ՆԵՐԿԱ ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԵԹԵ ՉԻ ԱՇԽԱՏՈՒՄ, ԳԼԽԱՏԱՌԵՐՈՎ ԳՐԵՔ «ԳՈՐԾԱՋՈՐԿ») ՈՒԺԻ ՄԵՋ Է ԱՅԺՄ
 ՈՒԺԻ ՄԵՋ Է ԵՂԵԼ (ԱՄՍԱԹԻՎԸ) ԵՐԵՆԱՆԵՐԻՆ ՍՈՐՈՑՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՄԱՐԿՎՈՒՄ Է

ՀԱՄԱԽԱՌՆ ԱՄՍԵԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱՐԶԸ
\$ ԱՅՈ ՈՉ

Եթե գործազուրկ է, կամ ներկա գործատերը հայտնի չէ, ստորև նշեք վերջին աշխատավայրի հասցեն և հեռախոսի համարը:

ՎԵՐՋԻՆ ԳՈՐԾԱՏԻՐՈՋ ԱՆՈՒՆԸ	ՎԵՐՋԻՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱՐԶԻ ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)	ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐԸ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՂԻ ՀԵՏ ՄԻԱՍԻՆ)
--------------------------	---	---

ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ԶԲԱՂՄՈՒՆՔԸ, ԳՈՐԾԸ, ՊԱՇՏՈՆԸ ԿԱՄ ՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԳՈՐԾՈՂ ԲԱՆԱԿՈՒՄ Է ԱՅՈ ՈՉ
ՋԻՆՎԱԾ ՈՒԺԵՐԻ Ո՞Ր ԳՅՈՒՂՈՒՄ Է ԾՈՒԱՅՈՒՄ

ՉԽՆԱՍՈՂ ԾՆՈՂՆ ԱՐՀՄԻՈՒԹՅԱՆ ԱՆՂԱՄՄ Է <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	ԱՐՀՄԻՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՄԱՐԸ	ԱՐՀՄԻՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵՆ (ՓՈՂՈՑԸ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ)
--	---------------------------------	--

ԵԹԵ ԻՆՔՆԱԶՔԱՂ Է, ԻՆՉՊԵՍ Է ԿՈՉՎՈՒՄ ԶԵՆԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՀԱՄԱԽԱՌՆ ԱՄՍԵԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱՐԶԸ \$
--	------------------------------------

Նշեք եկամտի կամ միջոցների այլ աղբյուրները: (Օրինակ՝ վետերանների նպաստ, անաշխատունակության սոցիալական ապահովության նպաստ, տոկոսներ, շահութաբաժին, խնամառություն, մեքենաներ, նավեր, անշարժ գույք և այլն: Անհրաժեշտության դեպքում առանձին թերթ կցեք):

ՄՈՐ ԱՂՋԱԿԱՆ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ, ԱՆՈՒՆԸ)	ՄՈՐ ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ	ՄՈՐ ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐԸ
ՀՈՐ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ, ԱՆՈՒՆԸ)	ՀՈՐ ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ	ՀՈՐ ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐԸ

Ներկա ընտանեկան անդամներ, ընկերոջ կամ ազգականի անունը և հասցեն:

ԱՆՈՒՆԸ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ, ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ ԵՎ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԻՆԴԵՔՍԸ	ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐԸ

Երեխային այցելելու իրավունք ունի՞ ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», ամիսը քանի՞ անգամ:

Երեխայի ապրուստադրամի որևէ այլ պարտավորություն կա՞ ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», խնդրում ենք նշել գումարը՝ \$

Տանը այլ անչափահաս երեխա(ներ) կա՞(ն) ԱՅՈ ՈՉ Եթե «ԱՅՈ», քանի՞ երեխա:

Ներկա ընտանեկան վիճակը Ամուրի Ամուսնացած Ամուսնալուծված Բաժանված Մեկ այլ անձի հետ է ապրում

Ես երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտի օգնությունն եմ խնդրում հետևյալ հարցերում. (Նշեք բոլոր այն կետերը, որոնց համար դիմում եք)

<input type="checkbox"/> հաստատել հայրությունը	<input type="checkbox"/> Փոփոխություն կատարել երեխայի ապրուստադրամի մասին գործող որոշման մեջ	<input type="checkbox"/> Այս անգամ բժշկական ապահովագրություն անհրաժեշտ չէ: Երեխաներին բավարար չափով բժշկական ապահովագրում տրամադրվում է՝
<input type="checkbox"/> երեխայի ապրուստադրամի մասին որոշում ապահովել	<input type="checkbox"/> Բժշկական ապահովագրման մասին որոշում ապահովել	<input type="checkbox"/> Խնամող ծնողի կողմից
<input type="checkbox"/> կիրարկել երեխայի և ամուսնական ապրուստադրամի մասին գործող որոշումը (այդ թվում՝ զանձել պարտքերը)	<input type="checkbox"/> Կիրարկել բժշկական ապահովագրման մասին գործող որոշումը	<input type="checkbox"/> Չխնամող ծնողի կողմից

Ես դիմում եմ Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի Վերնագիր IV-D-ի «Երեխաների ապրուստադրամի ծրագրով» երեխաների ապրուստադրամի ծառայություններ ստանալու համար Սուտ վկայություն տալու համար պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ (Քրեական օրենսգրքի, 118-րդ բաժին) ես հայտարարում եմ, որ ուսումնասիրել եմ հարցաթերթիկը, և, իմ ունեցած տեղեկությունների համաձայն, պատասխանները ճշմարիտ եմ ու ճշգրիտ:

ԴԻՄՈՂԻ ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՍԱԹԻՎԸ
------------------------	----------

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՐՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (Ո ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

Խնդրում ենք հնարավորին չափ լիարժեք լրացնել այս ձևաթուղթը: **ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆԸ**

Հայտարարություն տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին

1977 թ. «Տեղեկությունների հետ վարվելու մասին օրենքը» (Քաղաքացիական օրենսգիրք, §1798.17) և 1974 թ. «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին դաշնային օրենքը» (Հանրային իրավունք 93-579) պահանջում են, որ մարդկանցից անձնական տեղեկություններ ստանալիս նրանց տրամադրվի այս ծանուցումը: Այս ձևաթուղթը պահանջվող տեղեկությունների, այդ թվում՝ սոցիալական ապահովության համարի օգնությամբ Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտը (DCSS) պարզում է Ձեր ինքնությունը և կապ հաստատում Ձեզ հետ: Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի 466(a)(13) բաժնի համաձայն DCSS-ը պարտավոր է վերցնել բոլոր այն անձանց սոցիալական ապահովության համարները, որոնք ենթակա են ապահարզանի, ապրուստադրամի մասին որոշման կամ հայրության ճանաչման կամ հաստատման: Սոցիալական ապահովության համարը տրամադրելը պարտադիր է, և այն կպահվի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունում, որպեսզի դրա օգնությամբ հայտնաբերվեն անհրաժեշտ անձինք և նրանց գույքը՝ երեխայի ապրուստադրամի տրամադրման պարտավորությունները հաստատելու, փոփոխելու և կիրարկելու նպատակով: Երեխային առողջության ապահովագրման ծրագրում ընդգրկելու համար կարող է անհրաժեշտ լինել նրա սոցիալական ապահովության համարը և փոստային հասցեն հայտնել մյուս ծնողի գործատիրոջը կամ երեխայի սոցիալական ապահովության համարը հայտնել մյուս ծնողին: Ձեր գործում պարունակվող տեղեկությունները կարող են քննարկվել կամ տրամադրվել Նահանգին, այլ մարմինների, որոնք կարող են նման տեղեկություններ ստանալ և մյուս ծնողին կամ նրա փաստաբանին՝ օրենքով պահանջված սահմաններում:

1. Խնդրում ենք լրացնել հետևյալ անձնական տեղեկությունները մոր մասին:

Մոր անունը		Մոր ծննդյան ամսաթիվը		
Հասցեն	Փողոցը	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Սոցիալական ապահովության համարը	Տան հեռախոսը		Աշխատանքային հեռախոսը	Ուղերձներ ընդունելու հեռախոսը

2. Խնդրում ենք լրացնել հետևյալ անձնական տեղեկությունները երեխայի մասին:

Երեխայի անունը	Ծննդյան ամսաթիվը (կամ սպասվող ամսաթիվը)
Ծննդավայրը	Սոցիալական ապահովության համարը

3. Խնդրում ենք լրացնել հետևյալ անձնական տեղեկությունները հոր մասին:

Հոր անունը		Ծննդյան ամսաթիվը		
Վերջին հայտնի հասցեն	Փողոցը	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Վերջին հայտնի հեռախոսը	Տան		Աշխատանքային	Ուղերձներ ընդունելու
Վերջին հայտնի աշխատանքը (տեսակը, ձեռնարկության անվանումը)				
Վերջին հայտնի աշխատավայրի հասցեն				

Ֆիզիկական նկարագիրը	Հասակը	Քաշը	Մազերի գույնը	Աչքերի գույնը	Կազմվածքը	Ռասան
---------------------	--------	------	---------------	---------------	-----------	-------

4. Որևէ դատարանի որոշում կա՞, որի մեջ գրված է հոր անունը: Եթե Այո Ոչ
այո, խնդրում ենք ստորև բացատրել.

Դատարանի անվանումը	Դատական նիստի ամսաթիվը	Գործի համարը
--------------------	------------------------	--------------

(Հոր անունը, եթե այն հաստատված է դատարանի կողմից և հասցեն, եթե այն տարբեր է վերը նշվածից)
Արդյունքը՝

Սահմանված ապրուստադրամի չափը՝

Եթե դատարանը հաստատել է հայրությունը, կամ ստորագրված «Հայրության հայտարարագիր» է ներկայացվել Կալիֆոռնիայի նահանգին, ապա անհրաժեշտ չէ պատասխանել մնացած հարցերին: Ստորագրեք ձևաթղթի վերջում:

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (I ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

5. Հղիանալու պահին Դուք ամուսնացա՞ժ էիք: Եթե այո, բացատրեք ստորև.		<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> ոչ
Ամուսնու անունը	Հղիանալու պահին Դուք Ձեր ամուսնու հետ էիք ապրում:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> ոչ
Ե՞րբ եք բաժանվել:	Ձեր հղիանալու պահին Ձեր ամուսինը սեռական անկարողություն ունե՞ր կամ ամու՞լ էր:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> ոչ

Եթե հղիանալու պահին Դուք Ձեր ամուսնու հետ էիք ապրում և նա սեռական անկարողություն չուներ կամ ամուլ չէր, ապա անհրաժեշտ չէ պատասխանել մնացած հարցերին: Ստորագրեք ներքևում: Եթե ոչ, ներքևում ստորագրելուց հետո լրացրեք II ՄԱՍԸ:

6. Դիտողություն

Սուտ վկայություն տալու համար պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ սույն ձևաթղթի վրա տրամադրված տեղեկությունները, իմ ունեցած տվյալների և համոզվածության համաձայն, ճշմարիտ են:

Ստորագրություն		MM/DD/YYYY	
Ստորագրման վայրը	Քաղաքը	Շրջանը (կոմսությունը)	Նահանգը

Ծանոթություն: Եթե Դուք ստորագրել եք Կալիֆոռնիայի նահանգից դուրս, ապա այս ձևաթուղթը պետք է հաստատվի նոտարի կողմից:

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (II ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

Եթե Ձեր երեխա(ներ)ի հայրը հարցազրույցի ժամանակ Ձեզ հետ է և պաշտոնապես կընդունի հայրությունը ու պատրաստ է համագործակցել հայրության հաստատման հարցում, ապա այս անգամ Դուք կարիք չունեք լրացնելու II և III մասերը:	ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆԸ
---	--------------

1. Մոր անունը

2. Հղիանալու ամսաթիվը	Որտե՞ղ
-----------------------	--------

Ինչու՞ եք կարծում, որ այդ ամսաթիվը ճիշտ է:

3. Ծննդյան վկայականի վրա նշված հոր անունը

Եթե Դա I ՄԱՍԻ 3-րդ հարցում նշված անձը չէ, խնդրում ենք բացատրել:

4. Հայրը համաձայնե՞լ է, որ իր անունը նշվի երեխայի ծննդյան վկայականի վրա:

Այո Ոչ

5. Հայրը երբևէ տեսե՞լ է երեխային:	Եթե այո, նա ի՞նչ է ասել կամ արել:
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

6. Հայրը Ձեզ երեխայի համար փող կամ այլ առարկաներ տվե՞լ է:	Բացատրե՛ք`
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

7. Հայրը երբևէ երեխայի հետ ապրե՞լ է:	Եթե այո, ե՞րբ և որտե՞ղ:
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

8. Հայրը երբևէ ընդունե՞լ է, որ երեխան իրենն է:	Բացատրե՛ք`
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Նշե՛ք այն անձանց անունները և հասցեները, ում հայրությունը հայրն ընդունել է:

9. Հայրը համաձա՞յն է հայտարարագիր ստորագրել` ընդունելով, որ ինքն է հայրը:

Այո Ոչ

10. Դուք հորից երբևէ նամակագրություն (բացիկներ կամ նամակներ) ստացե՞լ եք, որում խոսվում է Ձեր հղիության մասին, Ձեր մասին` որպես մոր կամ երեխայի մասին:	Ե՞րբ
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Նա ի՞նչ էր գրում

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (II ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

11. Դուք և հայրը երբևէ միասին ապրե՞լ եք: ամսաթվերը:	Եթե այո, նշեք
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Ամսաթիվ(եր)ը և հասցեն(երը)՝

12. Դուք և հայրը երբևէ ամուսնացած եղե՞լ եք:	Եթե այո, նշեք ամուսնության ամսաթիվը:
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

Բաժանման ամսաթիվը

13. Ձեր հղիանալու ամսվա ընթացքում, դրա նախորդ կամ հաջորդ ամսվա ընթացքում Դուք որևէ այլ անձի հետ սեռական հարաբերություններ ունեցե՞լ եք:	Եթե այո, նշեք անուն(ներ)ը և հասցեն(երը):
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	

14. Դիտողություն

Սուտ վկայություն տալու համար պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ սույն ձևաթղթի վրա տրամադրված տեղեկությունները, իմ ունեցած տվյալների և համոզվածության համաձայն, ճշմարիտ են:

Ստորագրություն	Ստորագրության օրը, ամիսը, տարին
----------------	---------------------------------

Ստորագրման վայրը	Քաղաքը	Շրջանը (կոմսությունը)	Նահանգը
------------------	--------	-----------------------	---------

Ծանոթություն: Եթե Դուք ստորագրել եք Կալիֆոռնիայի նահանգից դուրս, ապա այս ձևաթուղթը պետք է հաստատվի նոտարի կողմից:

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (III ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

Եթե Ձեր երեխա(ներ)ի հայրը հարցազրույցի ժամանակ Ձեզ հետ է և պաշտոնապես կընդունի հայրությունն ու պատրաստ է համագործակցել հայրության հաստատման հարցում, ապա այս անգամ Դուք կարիք չունեք լրացնելու II և III մասերը:		ԳՈՐԾԻ ԱՆՈՒՆԸ	
1. Սոր անունը	Հոր անունը		
2. Ինչու՞ եք կարծում, որ այդ անձն է երեխայի հայրը:			
3. Ե՞րբ եք սկսել հանդիպել երեխայի հոր հետ:			
4. Ե՞րբ և ո՞ր քաղաքում եք առաջին անգամ սեռական հարաբերություն ունեցել հոր հետ:			
5. Ե՞րբ և ո՞ր քաղաքում եք վերջին անգամ սեռական հարաբերություն ունեցել հոր հետ:			
6. Խնդրում ենք նշել այն անձանց անուն(ներ)ը և հասցեն(երը) (ընկերներ, ազգականներ, հարևաններ, տանուտեր), ովքեր տեսել են Ձեզ հոր հետ, և նշել, թե որտեղ են տեսել Ձեզ:			
7. Դուք հոր հետ երբևէ հյուրանոցում կամ իջևանում գրանցվե՞լ եք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ			Եթե այո, որտե՞ղ և ե՞րբ:
Խնդրում ենք նշել բոլոր այն անձանց անուն(ներ)ը և հասցեն(երը), ովքեր Ձեզ միասին տեսել են այնտեղ:			
8. Հայրը որևէ հակաբեղմնավորիչ միջոցից օգտվե՞լ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		Եթե այո, խնդրում ենք նշել, թե ինչ միջոցից է օգտվել:	
9. Ե՞րբ է Ձեր վերջին դաշտանային շրջանը եղել՝ նախքան այս հղիությունը:			
10. Որքա՞ն է կշռել երեխան ծնվելիս:			
11. Հղիության ժամանակ ի՞նչ էր Ձեր բժշկի անունը: Բժշկի հասցեն՝			
12. Հայրը տեղեկացվե՞լ է Ձեր հղիության մասին: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		Ու՞մ կողմից:	
Ի՞նչ է ասել հայրը: Ուրիշ ո՞վ է ներկա եղել, երբ նրան հայտնել են այդ մասին:			
13. Դուք Ձեր հղիության վիճակի մասին երբևէ խոսե՞լ եք հոր հետ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		Ի՞նչ է ասվել:	
Ուրիշ ո՞վ է լսել այդ խոսակցությունը:			
14. Հայրը Ձեր հղիության ժամանակ Ձեզ երբևէ որևէ այլ գումար վճարե՞լ է կամ խոստացե՞լ է վճարել: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		Բացատրեք՝	

ՀԱՅՐՈՒԹՅԱՆ ԳԱՂՏՆԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ (III ՄԱՍ)

DCSS 0095 ARM (08/16/04)

<p>15. Հայրը երբևէ վճարե՞լ է կամ խոստացել է վճարե՞լ Ձեր հղիության հետ կապված որևէ բժշկի, հիվանդանոցի կամ այլ բժշկական ծախս:</p> <p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>Բացատրեք՝</p>
<p>16. Դուք երեխայի մասին երբևէ հորը գրե՞լ եք:</p> <p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>Ե՞րբ</p>
<p>Դուք ի՞նչ եք գրել:</p>	
<p>17. Երեխան հորը նմա՞ն է:</p> <p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>Ինչո՞վ:</p>
<p>18. Հայրն իր եկամտահարկը վճարելիս երբևէ նշե՞լ է երեխայի անունը:</p> <p><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ</p>	<p>Ե՞րբ</p>

19. Դիտողություն

Սուտ վկայություն տալու համար պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ սույն ձևաթղթի վրա տրամադրված տեղեկությունները, իմ ունեցած տվյալների և համոզվածության համաձայն, ճշմարիտ են:

Ստորագրություն	Ստորագրության օրը, ամիսը, տարին
----------------	---------------------------------

Ստորագրման վայրը	Քաղաքը	Շրջանը (կոմսությունը)	Նահանգը
------------------	--------	-----------------------	---------

Ծանոթություն: Եթե Դուք ստորագրել եք Կալիֆոռնիայի նահանգից դուրս, ապա այս ձևաթուղթը պետք է հաստատվի նոտարի կողմից:

ԱՊՐՈՒՍԱԴՐԱՄԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԴԻՄՈՒՄ

DCSS 0055 ARM (08/16/04)

CSE-ի գործի համարը՝

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ: Նախքան ստորագրելը՝ ուշադրությամբ կարդացեք յուրաքանչյուր բաժինը: Դուք պետք է երկու տեղում էլ ստորագրեք, որպեսզի մենք գործ բացենք Ձեզ համար:

Ես ցանկանում եմ, որ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունն օգնի ինձ որոշում ստանալ՝ երեխա(ներ)ի հայրությունը հաստատելու համար կամ կիրարկի երեխայի ապրուստադրամի վերաբերյալ իմ ունեցած որոշումը:

Ես հասկանում եմ, որ դիմում եմ այս ծառայությունների համար՝ ըստ «Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի» IV-D Վերնագրի համաձայն գործող «Երեխաների ապրուստադրամի ծառայությունների ծրագրի»:

Ես երեխաների ապրուստադրամի ապահովման գործակալությանն անմիջապես տեղյակ կպահեմ՝

- երբ երեխաներից որևէ մեկն ամուսնանա.
- երբ երեխաներից յուրաքանչյուրը դառնա 19 տարեկան կամ երբ երեխան դառնա 18 տարեկան և լրիվ դրույքով ուսանող չլինի՝ կախված նրանից, թե որն ավելի շուտ տեղի կունենա.
- եթե իմ բնակության հասցեն, փոստային հասցեն կամ հեռախոսի համարը փոխվի.
- եթե իմ գործատուն, այդ թվում՝ նրա անունը, հասցեն և հեռախոսի համարը փոխվի.
- եթե իմ եկամուտը փոփոխության ենթարկվի.
- եթե առողջության ապահովագրման իմ կարգավիճակը, վճարների չափը կամ ապահովագիրը փոխվի.
- եթե մյուս ծնող(ներ)ի գտնվելու վայրի մասին որևէ տվյալ փոխվի.
- եթե ծնող(ներ)ը վերադառնա(ն) և սկսի(են) ապրել երեխաների հետ կամ
- եթե որևէ փոփոխություն տեղի ունենա երեխաների խնամակալության, խնամքի կամ այցելությունների հարցում:

Ես գիտեմ, որ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունը չի ներկայացնում ինձ, մյուս ծնողին կամ այս գործում ընդգրկված երեխաներին: Փաստաբան-հաճախորդ հարաբերություն գոյություն չունի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալության և իմ, մյուս ծնողի կամ երեխաների միջև: Փաստաբան-հաճախորդ հարաբերություն չի ստեղծվի, եթե երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունն ինձ տրամադրի իմ խնդրած ծառայությունները:

Սուտ վկայություն տալու համար պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ վերը նշված բոլոր պայմանները և համաձայն եմ դրանց:

ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԱՄՍԱԹԻՎԸ

Պատարկ էջ

Օրենքը Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտից (DCSS) պահանջում է երեխայի ապրուստադրամի գործի մասին տեղեկություններ ուղարկել դաշնային կառավարությանը: Դաշնային կառավարությունը տվյալների շտեմարան է պահում, որում պարունակվում են ողջ երկրում վարվող ապրուստադրամի բոլոր գործերը: Պահանջի դեպքում՝ դաշնային կառավարությունը գործի մասին տեղեկություններ կտրամադրի երեխաների ապրուստադրամի ապահովման այլ գործակալությունների, սակայն եթե Դուք կամ այս գործում ընդգրկված Ձեր երեխան(երը) ընտանեկան բռնության զոհ եք, Դուք կարող եք չցանկանալ, որ Ձեր գործի մասին տեղեկությունները բացահայտվեն:

Եթե Դուք կարծում եք, որ Ձեր գործի մասին դաշնային կառավարությանը տեղեկություններ տրամադրելը կարող է ֆիզիկական կամ զգայական վնաս հասցնել Ձեզ կամ այս գործում ընդգրկված երեխա(ներ)ին, խնդրում ենք լրացնել «Հարցաթերթիկը ընտանեկան բռնության մասին» (DCSS 0048) և ուղարկել երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն: Որպեսզի Ձեր դիմումին ընթացք տրվի, Դուք պետք է ամբողջությամբ լրացնեք հարցաթերթիկը:

Խնդրում ենք լրացված ձևաթուղթն ուղարկել՝ Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն

Եթե Դուք կամ այս գործում ընդգրկված երեխան(ները) ընտանեկան բռնության զոհ չեք, կարիք չկա այս ձևաթուղթը վերադարձնելու: Բացի այդ, կարևոր է հասկանալը, որ DCSS-ին օրենքով արգելված է, առանց դատարանի որոշման, մյուս կողմին հայտնել Ձեր մասին անձնական տեղեկությունները: Սակայն Ձեր մասին որոշ անձնական տեղեկություններ պարունակող որոշակի փաստաթղթեր կարող են ներկայացվել դատարան:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք դիմել մեզ՝ 1-866-901-3212
հեռախոսահամարով և հայտնել վերը նշված գործի համարը:

Պատարկ էջ

ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

DCSS 0048 ARM (11/08/05)

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ: Եթե Դուք չլրացնեք և մեզ չվերադարձնեք այս ձևաթուղթը, ապա Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտը կամ դաշնային կառավարությունը Ձեր գործի մասին կարող է տեղեկություններ տրամադրել դատարաններին, Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման գործակալություններին և, հավանաբար, Երեխա(ներ)ի մյուս ծնողին կամ մյուս կողմին:

Ձեր անունը՝ _____ Գործի համարը՝ _____

Մյուս կողմի անունը՝ _____

I ԲԱԺԻՆ: Հարցերից յուրաքանչյուրի համար նշան դրեք համապատասխան վանդակում:

- 1. Դուք կամ այս գործում ընդգրկված երեխան(երը) ընտանեկան բռնության կամ երեխաների չարաշահման գոհ դարձե՞լ է/են՝ այս գործի մյուս մասնակցի կողմից: Այո Ոչ
- 2. Դուք երեխաների ապրուստադրամի այս գործի մյուս մասնակցի դեմ սահմանափակման, հրատապ պաշտպանության կամ հեռու մնալու վերաբերյալ դատարանի որոշում ունե՞ք: Եթե այո, խնդրում ենք կցել այդ որոշման օրինակը և տրամադրել հետևյալ տեղեկությունները: Այո Ոչ

Շրջանը (կոմսությունը)/Նահանգը՝ _____ Որոշման/Փաստաթղթի համարը՝ _____

Ուժից դուրս գալու ամսաթիվը՝ _____

- 3. Եթե Դուք կամ այս գործում ընդգրկված երեխան(երը) պետական օգնություն եք ստանում, Դուք ցանկանո՞ւմ եք, որ նպաստների բաժինը վերանայի գործը և որոշի, թե արդյո՞ք բավարար հիմքեր կան գործը փակելու համար՝ գործի մյուս մասնակցի կողմից Ձեզ կամ այս գործում ընդգրկված երեխա(ներ)ին սպառնացող ֆիզիկական, սեռական կամ զգայական հաշվեհարդարի վտանգի պատճառով: Դա կոչվում է գործը փակելու համար «հիմնավոր պատճառ» ունենալ: Այո Ոչ

II ԲԱԺԻՆ: Դուք պետք է լրացնեք այս բաժինը, եթե «Այո» եք պատասխանել I ԲԱԺԻՆի որևէ հարցի:

<p>Խնդրում ենք մանրամասն տեղեկություններ տրամադրել ընտանեկան բռնության դեպքերի մասին, այդ թվում՝ ամսաթվերը, քանի անգամ է այն տեղի ունեցել, գործողության վայրերը և վկաները (Եթե անհրաժեշտ է, լրացուցիչ թերթեր կցեք)::</p>

ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲՈՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

DCSS 0048 ARM (11/08/05)

III ԲԱԺԻՆ: Եթե անհրաժեշտ եք համարում, խնդրում ենք նշան դնել ստորև բերված վանդակում, ստորագրել, նշել անսափվը և վերադարձնել այս ձևաթուղթը՝

Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն

Իմ հասցեն կամ իմ գտնվելու վայրը բացահայտող որևէ այլ տեղեկություն տրամադրելը կարող է վտանգել ինձ կամ այս գործում ընդգրկված երեխա(ներ)ին: Ես պահանջում եմ, որ իմ հասցեն և իմ գտնվելու վայրը բացահայտող այլ տեղեկությունները չտրվեն այս գործին մասնակցող մյուս կողմին: Այդ պահանջն ուժի մեջ կմնա մինչև ես գրավոր կերպով հայտնեմ Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն -ին, որ այժմ կարելի է իմ մասին տեղեկությունները հայտնել և Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալություն -ը հայտնի ինձ, որ ստացել է իմ դիմումը: Ես հասկանում եմ, որ դաշնային օրենքի համաձայն իրավասու անձը կարող է գրավոր կերպով դիմել դատարանին, որը լիազորված է որոշում կայացնել երեխայի ապրուստադրամի կամ այցելությունների կապակցությամբ, և իմ մասին տեղեկություններ պահանջել: Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունն ինձ գրավոր կերպով տեղյակ կպահի, եթե դատարանը որոշի իմ գործում պարունակվող որևէ տեղեկություն բացահայտել:

Սուտ վկայություն տալու համար՝ Կալիֆոռնիայի օրենքով պատիժ կրելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ վերոնշյալը ճշմարիտ է և ճշգրիտ:

ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԳՐԵԼ ԱՆՈՒՆԸ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ԾԱՆՈՒԹՅՈՒՄ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆԱՆ ՄԱՍԻՆ

1997 թ. «Տեղեկությունների հետ վարվելու մասին օրենքը» (Քաղաքացիական օրենսգիրք, §1798.17) և 1974 թ. «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին դաշնային օրենքը» (Վերնագիր 5, Միացյալ Նահանգների օրենսգիրք, §552a(e)(3), §7 Ծանոթություն) պահանջում է, որ մարդկանցից անձնական տեղեկություններ ստանալիս նրանց տրամադրվի այս ծանուցումը: Այս ձևաթղթում պահանջվող տեղեկությունների օգնությամբ Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների ղեկարտամենտը և Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունները պաշտպանելու են տեղեկությունները բացահայտումից՝ ընտանեկան բռնության և/կամ երեխաների չարաշահման իրավիճակներում: Ձեր տրամադրած տեղեկությունները կարող են հայտնվել դաշնային կառավարությանը և այլ պետական մարմիններին՝ օրենքով պահանջվող սահմաններում: Այդ տեղեկությունները չտրամադրելը կսահմանափակի Ձեր մասին տեղեկությունները պաշտպանելու՝ DCSS-ի հնարավորությունները:

Այս ձևաթղթի պահպանության համար պատասխանատու պաշտոնյան է՝ DCSS-ի տվյալների գծով պաշտոնյան՝ PO Box 419064, MS-70, Rancho Cordova, CA 95741, ֆաքսի համար՝ (916) 464-5064: Այս անձնական տեղեկությունները պահանջելը և պահպանելը լիազորող օրենքներն են՝ Վերնագիր 22, Կալիֆոռնիայի կանոնակարգերի ժողովածուի §§112110(h), 112300, 112301 և 112302, ինչպես նաև Ընտանեկան օրենսգրքի §17212: Ձեր երեխայի ապրուստադրամի գործի փակվելուց հետո այս ձևաթղթի օրինակները պահվում են Երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների կամ երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությունների գաղտնի գործերում 4 տարի և 4 ամիս: Ցանկության դեպքում Դուք կարող եք ծանոթանալ այդ ձևաթղթերին՝ ֆաքս ուղարկելով (916)464-5064 համարով:

Եթե Դուք հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք այս ծանուցման կապակցությամբ, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ 1-866-901-3212 հեռախոսահամարով:

ԱՅՑԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՏՈՒԳՈՒՄ

DCSS 0053 ARM (08/29/05)

CSE-ի գործի համարը՝

Ձևաթուղթը լրացնող անձի անունը՝	Ես <input type="checkbox"/> Խնամող կողմն եմ <input type="checkbox"/> Չխնամող ծնողն եմ
--------------------------------	---

ՄԱՍ 1: ՉԽՆԱՄՈՂ ԾՆՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ԿԱՏԱՐՎԱԾ ԻՐԱԿԱՆ ԱՅՑԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ:

Լրացրեք այցելությունների պատմությունը վերջին 12 ամսվա համար՝ նշելով անցած 12 ամիսները և յուրաքանչյուր ամսում ժամերի քանակը, երբ չխնամող ծնողն անցկացրել է երեխա(ներ)ի հետ:

Օրինակ՝ եթե վերջին 12 ամիսը 2002 թ. հունիսից մինչև 2003 թ. մայիսն է, հարկավոր է ստորև բերված աղյուսակի ձախ կողմում լրացնել հունիսից մինչև դեկտեմբերը և նշել տարին՝ 2002 թ.: Ապա հարկավոր է աղյուսակի աջ կողմում լրացնել հունվարից մինչև մայիսը և նշել տարին՝ 2003 թ.:

ԱՄԻՍԸ/ՏԱՐԻՆ	ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ԱՄՍՈՒՄ, ԵՐԲ ՉԽՆԱՄՈՂ ԾՆՈՂՆ ԱՆՑԿԱՑՐԵԼ Է ԵՐԵՒԱ(ՆԵՐ) Ի ՀԵՏ	ԱՄԻՍԸ/ՏԱՐԻՆ	ԺԱՄԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ԱՄՍՈՒՄ, ԵՐԲ ՉԽՆԱՄՈՂ ԾՆՈՂՆ ԱՆՑԿԱՑՐԵԼ Է ԵՐԵՒԱ (ՆԵՐ)Ի ՀԵՏ
Հունվար/		Հունվար/	
Փետրվար/		Փետրվար/	
Մարտ/		Մարտ/	
Ապրիլ/		Ապրիլ/	
Մայիս/		Մայիս/	
Հունիս/		Հունիս/	
Հուլիս/		Հուլիս/	
Օգոստոս/		Օգոստոս/	
Սեպտեմբեր/		Սեպտեմբեր/	
Հոկտեմբեր/		Հոկտեմբեր/	
Նոյեմբեր/		Նոյեմբեր/	
Դեկտեմբեր/		Դեկտեմբեր/	
	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԸ՝		ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԸ՝

ՄԱՍ 2: ՀԱՄԱՏԵՂ ԽՆԱՍՔ/ԱՅՑԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՆՇԵՔ ՍԵԿԸ: Համատեղ խնամք Միայն այցելություն Ոչ մեկը

ԱՅՑԵԼՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԵՐԸ՝

Սովորական այցելություններ՝

Սկսած (նշեք շաբաթվա օրը) Ժամը (նշեք ժամը) (Շրջանակի մեջ առեք մեկը) a.m./p.m.

Մինչև (նշեք շաբաթվա օրը) Ժամը (նշեք ժամը) (Շրջանակի մեջ առեք մեկը) a.m./p.m.

Այցելություններ արձակուրդին՝ Այո Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք նշել օրերը/ժամերը՝

Ամառային այցելություններ Այո Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք նշել օրերը/ժամերը՝

Գիշերը երեխաներին պահել է Այո Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք նշել օրերը/ժամերը՝

Դատարանի որոշում խնամքի/այցելությունների մասին՝ Այո Ոչ

Լրացուցիչ տեղեկություններ

Ես հայտարարում եմ, որ իմ ունեցած տվյալների համաձայն վերը բերված տեղեկությունները ճշմարիտ և ճշգրիտ են: Ես տեղյակ եմ, որ այդ տեղեկությունները կարող են տրամադրվել մյուս ծնողին՝ հաստատման համար և կողմերից ցանկացածից կարող է պահանջվել փաստաթղթեր ներկայացնել:

ԱՆՈՒՆԸ ԳԼԽԱՏԱՌԵՐՈՎ

ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՄԱՆ ԿԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

DCSS 0054 ARM (04/27/05)

Շրջանը (կոմսությունը) Չխնամող ծնողը	Հեռախոսը	CSE-ի գործի համարը
Լրիվ անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը, վերջավորությունը)	Ես <input type="checkbox"/> Խնամող կողմն եմ <input type="checkbox"/> Չխնամող ծնողն եմ <input type="checkbox"/> Գործատերը	
Հասցեն (Փողոցը)	Քաղաքը, Նահանգը, Փոստային ինդեքսը	
Հեռախոսը	Սոցիալական ապահովության համարը	
Գործատերը (Անունը, փողոցը, քաղաքը, նահանգը, փոստային ինդեքսը, հեռախոսը)		

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ: Խնդրում ենք լրացնել I ԲԱԺԻՆԸ, եթե Չխնամող ծնողը կամ գործատերը առողջության ապահովագրում են տրամադրում:
 II ԲԱԺԻՆԸ մյուս ծնողի ապահովագրության վերաբերյալ է: Գործատերերը լրացնում են միայն I և III բաժինները: Խնդրում ենք ստորագրել և թվագրել լրացված ձևաթուղթը:

I ԲԱԺԻՆ: ՉԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒՄԸ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒՄԸ: Ներկայումս Դուք առողջության ապահովագրում ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.
Առողջության ապահովագրության ընկերությունը կամ արհմիությունը (նշեք արհմիության տեղական համարը)	Տրամադրող <input type="checkbox"/> Խնամող կողմ <input type="checkbox"/> Չխնամող ծնող <input type="checkbox"/> Գործատեր <input type="checkbox"/> Այլ՝ Հարաբերությունը՝	
Ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Հասցեն, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)	Հեռախոսի համարը ((տարածքի կոդի հետ միասին)	

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագիրը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ		
Չեր կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ		
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ		
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակցի մասից հանվող գումարը \$	Առողջության ապահովագրության՝ խնամյալի մասից հանվող գումարը \$	Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը	

Ներկայումս առողջության ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը

Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Չեր առողջության ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալների անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:
 Չի տրամադրվում խնամյալներից

Ապահովագիրն ընդգրկում է հետևյալը (նշան դրեք ապահովագրում ընդգրկված բոլոր կետերի դիմաց)

- Բժշկի այցելություններ «Medicare» Լրացուցիչ հատուկ հիվանդություն Գեղատոմսային դեղեր
 Երկարատև խնամք Հիվանդանոցում մնալը/ocnitate Ամբուլատոր բուժսպասարկում Այլ (նշել՝
 (այսինքն՝ լաբորատոր հետազոտություններ, ֆիզիոթերապիա)

ԱՏԱՄՆԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայումս Դուք ատամնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:

- Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Ատամնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

Ատամնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Հասցեն, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագիրը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Ձեր կողմից վճարվող գումարը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակցի մասից հանվող գումարը \$			Առողջության ապահովագրության՝ խնամյալի մասից հանվող գումարը \$ Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը

Ատամնաբուժական ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը

Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Ձեր ատամնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալ(ների) անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:

Չի տրամադրվում խնամյալ(ներ)ին

ԱԿՆԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայումս Դուք ակնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:

- Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Հասցեն, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագիրը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Ձեր կողմից վճարվող գումարը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$			Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակցի մասից հանվող գումարը \$		Առողջության ապահովագրության՝ խնամյալի մասից հանվող գումարը \$ Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը	

Ակնաբուժական ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը

Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Ձեր ակնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալ(ների) անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:

Չի տրամադրվում խնամյալ(ներ)ին

Պատարկ էջ

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address): TELEPHONE NO.: E-MAIL ADDRESS (Optional): ATTORNEY FOR (Name):	FOR COURT USE ONLY
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)

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 <input type="checkbox"/> currently receiving	\$ _____	_____
e. Spousal support <input type="checkbox"/> from this marriage <input type="checkbox"/> from a different marriage	\$ _____	_____
f. Partner support <input type="checkbox"/> from this domestic partnership <input type="checkbox"/> from a different domestic partnership	\$ _____	_____
g. Pension/retirement fund payments.	\$ _____	_____
h. Social security retirement (not SSI)	\$ _____	_____
i. Disability: <input type="checkbox"/> Social security (not SSI) <input type="checkbox"/> State disability (SDI) <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> real and <input type="checkbox"/> 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.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

13. Average monthly expenses Estimated expenses Actual expenses Proposed needs

<p>a. Home:</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Rent or <input type="checkbox"/> mortgage . . . \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">If mortgage:</p> <p style="padding-left: 40px;">(a) average principal: \$ _____</p> <p style="padding-left: 40px;">(b) average interest: \$ _____</p> <p>(2) Real property taxes \$ _____</p> <p>(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) \$ _____</p> <p>(4) Maintenance and repair \$ _____</p> <p>b. Health-care costs not paid by insurance. . . \$ _____</p> <p>c. Child care \$ _____</p> <p>d. Groceries and household supplies. \$ _____</p> <p>e. Eating out. \$ _____</p> <p>f. Utilities (gas, electric, water, trash) \$ _____</p> <p>g. Telephone, cell phone, and e-mail \$ _____</p>	<p>h. Laundry and cleaning \$ _____</p> <p>i. Clothes \$ _____</p> <p>j. Education. \$ _____</p> <p>k. Entertainment, gifts, and vacation. \$ _____</p> <p>l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) \$ _____</p> <p>m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance) \$ _____</p> <p>n. Savings and investments. \$ _____</p> <p>o. Charitable contributions. \$ _____</p> <p>p. Monthly payments listed in item 14 (itemize below in 14 and insert total here) . . \$ _____</p> <p>q. Other (specify): \$ _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>r. TOTAL EXPENSES (a-q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b)) \$ _____</p> </div> <p>s. Amount of expenses paid by others \$ _____</p>
--	---

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 <i>(specify below)</i> :	\$ _____

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 <i>(specify)</i> :		

(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)*:

ԱՊՐՈՒՍՏԱԴՐԱՄԻ ՎՃԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՊԱՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԼՐԱՑՆԵԼՈՒ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ

Այս էջի հակառակ կողմում գետեղված է Ձեր գործի համաձայն Ձեր ապրուստադրամի վճարումների պատմությունը: Ձեզանից պահանջվում է լրացնել պահանջվող ապրուստադրամի չափը (որը սահմանված է եղել դատարանի որոշմամբ) և վճարված բոլոր գումարները՝ ըստ ամիսների, տարիների: Այդ քվերի օգնությամբ հնարավոր կլինի պարզել Ձեր պարտքը, եթե Դուք պարտք ունեք:

Դուք պետք է առանձին էջ (կամ էջեր) լրացնեք երեխաների ապրուստադրամի, ամուսնական ապրուստադրամի, ընտանեկան ապրուստադրամի, բժշկական աջակցության, չփոխհատուցված բժշկական ծախսերի և դրանց մեջ չընդգրկված այլ տիպի ապրուստադրամի համար: Մի միացրեք երեխայի ապրուստադրամը և ամուսնական ապրուստադրամը, եթե դատարանն այդ երկուսը չի միացրել «ընտանեկան» ապրուստադրամի տակ:

«Պահանջված գումարը» սյունակում նշեք ապրուստադրամի չափը, որը Դուք պետք է վճարեիք յուրաքանչյուր ամիս՝ դատարանի որոշման ուժի մեջ մտնելու պահից սկսած: Եթե փոփոխություն է տեղի ունեցել դատարանի կողմից սահմանված գումարի մեջ, յուրաքանչյուր ամսվա դիմաց նշեք կոնկրետ այդ ամսվա համար պահանջված ճշգրիտ գումարը:

«Վճարված գումարը» սյունակում նշեք տվյալ ամսում վճարած գումարը: Եթե տվյալ ամսվա ընթացքում մեկից ավելի վճարում է կատարվել, նշեք վճարված ապրուստադրամի ընդհանուր գումարը: Գումարը նշեք այն ամսվա դիմաց, որի ընթացքում վճարումն իրականացվել է, այլ ո՛չ այն ամսվա կամ ամիսների դիմաց, որոնց համար այն նախատեսված է եղել: Անհրաժեշտության դեպքում կարող եք լրացուցիչ թերթեր կցել:

Տեղեկացնում ենք Ձեզ, որ այս հայտարարությունը գաղտնի չէ և կարող է տրվել Ձեր գործում ընդգրկված մյուս ծնողին՝ ստուգելու համար: Եթե անհամաձայնություն առաջանա վճարումների պատմության հարցում, կողմերից կարող է պահանջվել ապացույցներ ներկայացնել կատարված վճարումների համար՝ վճարված վճարագրերի, ստացականների և այլ փաստաթղթերի տեսքով:

Կոկիկ և ճիշտ լրացրեք այս Հայտարարությունը, որպեսզի մենք որևէ սխալ կամ շփոթություն թույլ չտանք Ձեր ունեցած պարտքի հարցում, եթե նման պարտք գոյություն ունի:

ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԱՊՐՈՒԿՍԱԳՐԱՄԻ ՎՃԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՊԱՏՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Այս ձևաթուղթը լրացնողի անունը (անունը) _____

Ես Խնամող կողմն եմ Չխնամող ծնողն եմ

Հետևյալ տիպի ապրուստադրամի վճարման պատմություն (նշան Երեխաների Ամուսնական Ընտանեկան Բժշկական աջակցության

Չփոխատուցված բժշկական ծախսերի Այլ (նշել)՝ _____

ՏԱՐԻՆ _____

ՏԱՐԻՆ _____

ՏԱՐԻՆ _____

	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ
Հունվար						
Փետրվար						
Մարտ						
Ապրիլ						
Մայիս						
Հունիս						
Հուլիս						
Օգոստոս						
Սեպտեմբեր						
Հոկտեմբեր						
Նոյեմբեր						
Դեկտեմբեր						

ՏԱՐԻՆ _____

ՏԱՐԻՆ _____

ՏԱՐԻՆ _____

	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԳՈՒՄԱՐԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ	ՎՃԱՐՎԱԾ ԳՈՒՄԱՐԸ
Հունվար						
Փետրվար						
Մարտ						
Ապրիլ						
Մայիս						
Հունիս						
Հուլիս						
Օգոստոս						
Սեպտեմբեր						
Հոկտեմբեր						
Նոյեմբեր						
Դեկտեմբեր						

Սուտ վկայություն տալու համար Կալիֆոռնիայի օրենքի համաձայն պատժի ենթարկվելու սպառնալիքի տակ ես հայտարարում եմ, որ վերը նշվածը ճշմարիտ է և ճշգրիտ: Ես տեղյակ եմ, որ այդ տեղեկությունները կարող են տրամադրվել մյուս ծնողին՝ հաստատման համար, և կողմերից ցանկացածից կարող է պահանջվել փաստաթղթեր ներկայացնել:

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____