

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО С ЗАЯВЛЕНИЕМ НА САМООБСЛУЖИВАНИЕ

DCSS 0597 RUS (11/18/08)

Прилагаются формы, которые Вы должны заполнить для открытия дела об алиментах на ребенка. Пожалуйста, тщательно прочитайте Руководство по вопросам алиментов на детей и Уведомление о программе услуг по вопросам алиментов на детей, прежде чем Вы начнете заполнять формы. Эти формы сообщают Вам об услугах, доступных для Вас, Ваших правах и обязанностях, а также об обязанностях Департамента услуг по вопросам алиментов на детей. Вы должны возратить Ваше заполненное заявление вместе со всеми формами по почте или лично в округ, в котором Вы проживаете в настоящее время. Ниже приведен список местных агентств по вопросам алиментов на детей.

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 DCSSPlacerville 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 DCSSDivision 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 90044-2924

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

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО С ЗАЯВЛЕНИЕМ НА САМООБСЛУЖИВАНИЕ

DCSS 0597 RUS (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
Blythe Office
1287 West Hobson Way
Blythe, CA 92225-1423
Indio Office
47-950 Arabia Street
Indio, CA 92201-6828

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
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

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОГРАММЕ УСЛУГ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ

DCSS 0064 RUS (08/25/05)

ЧТО ДЕПАРТАМЕНТ УСЛУГ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ МОЖЕТ СДЕЛАТЬ ДЛЯ ВАС:

Все дети имеют право на алименты со стороны обоих родителей. Любое лицо, включая и родителя, не проживающего вместе с ребенком, вне зависимости от того, получает он или она государственное пособие, могут ходатайствовать о получении алиментов на ребенка.

Услуги по вопросам алиментов являются бесплатными. В числе доступных услуг находятся следующие:

- нахождение родителя(ей) для целей взыскания алиментов на ребенка;
- установление отцовства (законное отцовство);
- учреждение судебного приказа об алиментах и/или медицинском обеспечении (медицинском страховании);
- взыскание алиментов и/или медицинской страховки по ордеру;
- изменение существующего судебного приказа об алиментах и/или медицинской страховке;
- взимание пособия родителю и алиментов по судебному ордеру;
- сбор и распределение выплат алиментов.

Услуги по вопросам проживания вместе с ребенком и посещения не предоставляются.

Местное агентство по вопросам алиментов на детей предоставляет услуги от имени округа. Местное агентство по вопросам алиментов на детей не представляет Вас и не является Вашим адвокатом. Поскольку Вы не являетесь его клиентом, местное агентство по вопросам алиментов на детей может предоставлять услуги по взысканию алиментов как Вам. Так и другому родителю в будущем, и информация, которую Вы предоставили, не является привилегированной или сохраняемой конфиденциально в рамках привилегии адвокат-клиент.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АГЕНТСТВОМ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ

Когда Вы ходатайствуете о предоставлении услуг, Вы должны сотрудничать с местным агентством по вопросам алиментов на детей посредством предоставления любой информации или документов, необходимых для установления отцовства и/или для нахождения другого родителя и получения алиментов на Вашего ребенка. После того, как Вы ходатайствовали о предоставлении услуг местного агентства по вопросам алиментов на ребенка, местное агентство по вопросам алиментов на ребенка предпримет соответствующие действия. Все выплаты алиментов на ребенка должны осуществляться через Центр выплат штата. Если платежи сделаны непосредственно Вам, эти платежи должны быть проведены через Центр выплат штата.

Когда Вы подаете ходатайство или получаете услуги по вопросам алиментов, Вы несете ответственность за быстрое информирование местного агентства по вопросам алиментов на детей о любых изменениях, которые могут повлиять на Ваше дело об алиментах или работу местного агентства по вопросам алиментов на детей. Некоторыми примерами являются:

- ребенок покидает Ваш дом;
- изменение телефонного номера или адреса (включая переезд в другой округ, штат или страну);
- прекращение государственной помощи, такой как Программа помощи в трудоустройстве и ответственности перед детьми (CalWORKs);
- Изменение имени;
- инициация развода или других юридических процедур, влияющих на Ваших детей;
- информация, касающаяся другой стороны;
- прямое получение любой выплаты детского, супружеского или семейного пособия.

ВАШИ ПРАВА

У Вас есть право за собственный счет получать юридическую консультацию у частного адвоката или в юридических консультациях. Если Вы нанимаете адвоката, Вы должны сообщить об этом в местное агентство по вопросам алиментов на детей. Для получения бесплатной информации Вы можете обратиться в Офис юридического помощника по семейным вопросам Верховного Суда. Бесплатные юридические услуги или услуги по сниженным ценам могут быть доступны также в Вашей юридической консультации.

Если у Вас имеется судебный ордер о взыскании алиментов в штате Калифорния, Вы можете попросить местное агентство по вопросам алиментов на детей пересмотреть Ваш ордер на алименты для определения необходимости изменения суммы алиментов на основе действующих в штате руководящих норм. Если сумма алиментов не удовлетворяет руководящим нормам для изменения, местное агентство по вопросам алиментов на детей должно дать Вам или другому родителю, по его требованию, информацию о том как получить формы на запрос в суд о присуждении измененной суммы алиментов. Юридический помощник по семейным вопросам также может бесплатно помочь Вам. Местное агентство по вопросам алиментов на детей должно сообщить Вам дату, время и цель каждого слушания об установлении отцовства или учреждении алиментов. Вы имеете право читать судебное дело, если только доступ к информации не запрещен на законном основании требованиями о конфиденциальности.

По Вашему запросу местное агентство по вопросам алиментов на детей может дать Вам копии самого последнего ордера по Вашему делу. Вы можете обратиться в суд за приведением в исполнение ордера о взыскании алиментов, но Вы должны предварительно уведомить местное агентство по вопросам алиментов на детей о том, что Вы собираетесь самостоятельно открыть дело о взыскании алиментов. Если местное агентство по вопросам алиментов на детей не откликается на Ваше уведомление в течение тридцати (30) дней, или если местное агентство по вопросам алиментов на детей сообщает Вам, что Вы можете возбуждать дело, то Вы после этого можете самостоятельно завести дело о взыскании алиментов в Верховном Суде, до тех пор, пока все алименты выплачиваются через местное агентство по вопросам алиментов на детей.

Местное агентство по вопросам алиментов на детей должно иметь разрешение на получение не-государственной помощи, прежде чем регистрировать условия, влияющие на ордер об алиментах, в котором это лицо поименовано в качестве стороны. Местное агентство по вопросам алиментов на детей не может без согласия получателя государственной помощи заключать соглашение, которое уменьшит сумму просроченных алиментов, когда получателю задолжены алименты, которые превышают размер государственной помощи, выплачиваемой получателю.

Если Вы не получаете государственной помощи, то выплаты, получаемые штатом, применяются в следующей последовательности:

1. Текущие ежемесячные алименты;
2. Процент;
3. Просроченные алименты; и
4. Будущие обязательства.

Возвраты федерального подоходного налога, задолженные родителю, не проживающему вместе с ребенком, могут быть удержаны агентством по вопросам алиментов на детей, и применены иным образом, чем другие платежи. По федеральному закону эти деньги не могут быть применены к текущим обязательствам по выплате алиментов. Они должны применяться к просроченным алиментам. Если сторона, проживающая вместе с ребенком, получила государственную помощь, включая Medi-Cal, то просроченные алименты на ребенка, задолженные правительству, должны быть оплачены в первую очередь.

Все типы дел, которые подпадают под зачет возврата федерального подоходного налога также подпадают под административный зачет. Следующие типы платежей доступны для административного зачета. Они включают как регулярные, так и нерегулярные платежи. Регулярными платежами являются платежи, которые осуществляются на регулярной, рутинной или повторяющейся основе. Нерегулярный платеж оплачивается единожды, и не ожидается его повторения, например единовременные выплаты при выходе на пенсию.

Федеральные платежи в настоящее время включенные в административный зачет, следующие: федеральные пенсионные выплаты, поставщика, и прочие платежи (т.е. выплаты по компенсации расходов и оплата проезда).

Административный зачет и зачет возврата федерального налога разрешены по следующим законам: 31 Кодекс законов США, Раздел 3716, 42 Кодекс законов США, Раздел 664, 26 Кодекс законов США, Раздел 6402 и 45 Кодекс законов США, Раздел 303.72.

Возврат подоходного налога штата и выигрыши в лотерею, задолженные родителю, проживающему вместе с ребенком, также могут быть удержаны агентством по вопросам алиментов на детей и применены в соответствии с регламентом распределения Программы алиментов на детей (Руководство по политике и процедурам, Разделы 12-415 и 12-420). Удержания Совета по франшизному налогу и сборы с выигрыша в лотерею применяются ко всем текущим алиментам, и затем к просроченным алиментам, включая просроченные выплаты по медицинскому страхованию.

ШТАТ КАЛИФОРНИЯ НЕ БЕРЕТ ПЛАТЫ ЗА ПОДАЧУ ЗАЯВЛЕНИЯ И НЕ БЕРЕТ ПЛАТЫ ЗА УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯМ АГЕНТСТВОМ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ. ОДНАКО, НЕКОТОРЫЕ ШТАТАТЫ ВЗИМАЮТ ОПЛАТУ ЗА ЭТИ УСЛУГИ. ЕСЛИ ВАШЕ ДЕЛО ВКЛЮЧАЕТ ОДИН ИЗ УКАЗАННЫХ ШТАТОВ, ОНИ МОГУТ СДЕЛАТЬ ВЫЧЕТ ИЗ АЛИМЕНТОВ ЗА УСЛУГИ ИЛИ ПРИБАВИТЬ ВЩИМАЕМУЮ ПЛАТУ К БАЛАНСУ ПРОСРОЧЕННЫХ ПЛАТЕЖЕЙ.

УВЕДОМЛЕНИЕ О СБОРАХ И РАСПРЕДЕЛЕНИИ

Сторона, проживающая вместе с ребенком, ежемесячно будет получать уведомление о сборах и распределении выплат алиментов. Уведомление будет показывать все собранные и выплаченные за период, указанный в уведомлении алименты, и указание на применение денег к текущим алиментам или просроченным выплатам. Уведомление о сборах и распределении выплат алиментов не будет посылаться в месяцы, в которые не были получены сборы или не было выплат алиментов.

МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА И MEDI-CAL

От каждого или от обоих родителей может быть потребовано обеспечение медицинской страховки, если медицинское страхование доступно по разумной цене.

В общих чертах, стоимость медицинского страхования считается разумной, если она связана группой медицинских страховых полисов, связанных с работой или иной группой медицинского страхования. Однако, при определении разумной цены суд также учтет фактическую стоимость медицинского страхования для родителя(ей).

Местное агентство по вопросам алиментов на детей попросит суд установить или изменить приказ о взыскании алиментов на ребенка, потребовав от родителя(ей) обеспечить медицинское страхование, если оно доступно по разумной цене. Родитель, проживающий вместе с ребенком, может также потребовать, чтобы местное агентство по вопросам алиментов на детей изменило приказ о взыскании алиментов на ребенка, включив в него положение о медицинском страховании. Это может повлиять на сумму ежемесячных обязательств по выплате алиментов. Если родитель, не проживающий вместе с ребенком, решением суда обязан обеспечить медицинское страхование, местное агентство по вопросам алиментов на детей свяжется с родителем, не проживающим вместе с ребенком, и его или ее работодателем, если это необходимо, для обеспечения медицинского страхования для ребенка. После того, как местное агентство по вопросам алиментов на детей получит информацию о медицинском страховом полисе, эта информация будет передана родителю, проживающему вместе с ребенком.

Обладание частной медицинской страховкой не препятствует стороне, проживающей вместе с ребенком иметь покрытие Medi-Cal . Если сторона, проживающая вместе с ребенком, получает Medi-Cal и имеет индивидуальное или групповое частное медицинское покрытие (включая стоматологическую страховку и страхование зрения), сторона, проживающая вместе с ребенком должна по федеральному закону и по закону штата сообщить об этом в окружной департамент социального обеспечения (CWD), поставщику медицинского обеспечения и в местное агентство по вопросам алиментов на детей. Несообщение этой информации является мисдиминором. Сторона, проживающая вместе с ребенком, должна сообщить социальному работнику CalWORKs и/или в местное агентство по вопросам алиментов на детей в течение десяти (10) дней, в случае изменений или прекращения действия частного медицинского страхового покрытия. Сторона, проживающая вместе с ребенком, должна также сообщить социальному работнику CalWORKs и/или в местное агентство по вопросам алиментов на детей о любом судебном приказе, касающемся медицинского страхования.

Если Сторона, проживающая вместе с ребенком, получает только Medi-Cal, то Сторона, проживающая вместе с ребенком, должна сотрудничать в установлении отцовства и получении медицинского обеспечения в качестве условия продолжения получения льгот Medi-Cal, если только Сторона, проживающая вместе с ребенком, не заполнила и Департамент социального обеспечения не утвердил иск по "достаточному основанию" (WA 51) для отсутствия сотрудничества. Ваш ребенок(дети) будет продолжать иметь право на Medi-Cal. Также, все услуги по вопросам алиментов на детей будут предоставляться, если только Сторона, проживающая вместе с ребенком, не сообщит в местное агентство по вопросам алиментов на детей, что он или она не желает предоставления услуг, которые не связаны с получением медицинской страховки и установлением отцовства. Получение медицинской страховки может уменьшить размер получаемых алиментов на ребенка. В случаях, когда оба родителя проживают дома, местное агентство по вопросам алиментов на детей будет только устанавливать отцовство.

По Федеральному закону [42 Кодекс законов США, Раздел 1396(a) (25)], медицинская страховка, принадлежащая получателю Medi-Cal, имеющему дело о получении алиментов или медицинского страхования, используется следующим образом:

Поставщик услуг выставляет счет Medi-Cal. Medi-Cal оплачивает услуги поставщику услуг. Затем Medi-Cal изыскивает компенсацию из других покрытий медицинского страхования. Вы не несете ответственности за любые распределенные суммы (разделение риска по страхованию, совместный платеж или собственное удержание страховщика), если только Medi-Cal не должны быть удовлетворены совместные платежи или распределение стоимости. Поставщик услуг может выставить Вам счет за услуги, если Вы не сотрудничаете в идентификации Вашей личной медицинской страховки. Если Ваша другая медицинская страховка является Преоплаченным планом медицинской страховки (PHP) или Организацией медицинского обеспечения (НМО), Вы должны использовать учреждения плана для регулярного медицинского обслуживания. За исключением обслуживания вне территории или в чрезвычайных ситуациях, Medi-Cal не будет оплачивать услуги, предоставленные поставщиком услуг, не связанным с Вашими PHP/НМО. Услуги вне территории или в чрезвычайных ситуациях, должны быть выставлены для оплаты в PHP/НМО.

***БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО УСЛУГАМ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ СОДЕРЖИТСЯ В
ВАШЕМ РУКОВОДСТВЕ ПО ВЫПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ НА ДЕТЕЙ
ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ***

Политикой штата Калифорния является обеспечение того, чтобы все индивиды имели равные права, и что никакое лицо не должно на основании этнической принадлежности, расы, цвета кожи, национальности, политических взглядов или убеждений, религии, пола, возраста или нетрудоспособности исключаться из участия, получать отказ в льготах по какой-либо программе или службе, или иным образом подвергаться обращению, отличному от предоставляемому другим лицам.

Каждое местное агентство по вопросам алиментов на детей имеет назначенного Координатора по гражданскому праву. Любой заявитель или получатель, который чувствует, что он подвергается дискриминации в обращении, может подать жалобу о дискриминации вначале связавшись с Координатором по гражданскому праву местного агентства по вопросам алиментов на детей через Центр поддержки услуг для клиентов (CSSC) или письменно обратившись в Департамент услуг по алиментам на детей штата Калифорния по адресу: Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064, 1-866-901-3212.

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 опекунов 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 ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ УПРОЩЕННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА

DCSS 0373 RUS (08/16/04)

Обработка Вашего дела зависит от информации, которую Вы представите в данной форме. Пожалуйста, предоставьте настолько много информации, насколько это возможно. Полностью ответьте на каждый вопрос. Если Вы не знаете ответа, напечатайте «НЕИЗВЕСТНО». Если вопрос неприменим, напишите «нет данных».

Прежде чем начать, пожалуйста, прочитайте Руководство по выплате алиментов на ребенка. Эта книга объясняет услуги, доступные через местное агентство по вопросам алиментов на детей. Также прочитайте Уведомление о Программе взимания алиментов на детей. Это уведомление объясняет Вашу ответственность перед местным агентством по вопросам алиментов на детей и ответственность местного агентства по вопросам алиментов на детей перед Вами. Адвокаты местного агентства по вопросам алиментов на детей или генеральный адвокат или любые их представители не являются Вашими адвокатами или адвокатами ребенка(детей).

Пожалуйста, заполняйте все формы ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ и отчетливо пишите ПЕЧАТНЫМИ буквами.

ФАКТЫ О РОДИТЕЛЕ, ПРОЖИВАЮЩЕМ СОВМЕСТНО С РЕБЕНКОМ ИЛИ ОПЕКУНЕ И РЕБЕНКЕ(ДЕТЯХ)

Этот раздел о лице или стороне, которая имеет первостепенное значение в опеке ребенка(детей). Пожалуйста, заполните раздел полностью. Если Вы являетесь стороной, проживающей вместе с ребенком, обязательно дайте нам телефонный номер, по которому с Вами можно связаться в течение дня.

Если дети, поименованные в заявлении, имеют других родителей, не проживающих вместе с детьми, необходимо заполнить отдельное заявление на каждого родителя, не проживающего совместно с детьми. Если Вам необходимо дополнительное место для какого-либо раздела, то приложите отдельный лист бумаги или используйте раздел комментариев, представленный в конце первой страницы.

Пожалуйста, перечислите всех детей поименованных родителей, для которых запрашиваются услуги по выплате алиментов. Впишите полное имя каждого ребенка, включая имя, отчество, фамилию и суффикс (мл., ст., III и т.п.)

В этом разделе имеется несколько вопросов, связанных с определением биологического отца ребенка(детей), поименованного в заявлении. Один из вопросов о том, была ли подписана декларация об отцовстве. Декларация об отцовстве - это официальная форма, которая после ее подписания (обычно в госпитале или клинике) обоими родителями, утверждает, что мужчина является законным отцом ребенка. Подписание формы и предоставление ее в Департамент услуг по вопросам алиментов на детей юридически устанавливает, что мужчина является отцом ребенка, без необходимости идти в суд.

Второй вопрос о том, было ли присуждено отцовство. Присуждение отцовства является определением суда, который законным образом определяет биологического отца ребенка(детей). Определение биологического отца является необходимым до того, как суд может присудить алименты на ребенка.

Комментарии: При необходимости Вы можете использовать данный раздел в качестве дополнительного места, или добавить любую дополнительную информацию, которая, как Вы полагаете, может помочь нам учредить приказ или взыскать по нему алименты на ребенка(детей). Вы можете включить информацию о темпераменте другой стороны, о том, что у другой стороны имеется ружье или пистолеты, об угрозах в Ваш адрес или в адрес ребенка(детей) и т.п.

ФАКТЫ О РОДИТЕЛЕ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ

Если Вы являетесь стороной, проживающей вместе с ребенком, то этот раздел может потребовать от Вас просмотра старых документов, чтобы найти требуемую информацию. Чем больше информации мы будем иметь в данном разделе, тем быстрее мы сможем обслужить Вас.

Если это вообще возможно, пожалуйста, предоставьте номер или номера социального обеспечения родителя, не проживающего вместе с ребенком. Если Вы не знаете точной даты рождения, сообщите приближенный возраст.

Пожалуйста, предоставьте всю, имеющуюся в Вашем распоряжении информацию о родителе, не проживающем вместе с ребенком. Приложите дополнительные страницы, если это необходимо, или используйте раздел комментариев на первой странице.

Если Вы являетесь родителем, не проживающим совместно с ребенком, обязательно сообщите нам свой телефонный номер, по которому Вас можно застать в течение дня.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

Мы не сможем открыть это дело без Вашей подписи. Ваша подпись указывает, что Вы ответили на вопросы по заявлению наилучшим доступным Вам образом, и что Вы хотите открыть это дело. Она также указывает, что Вы внимательно прочитали информацию, приведенную над подписью.

Пустая страница

УПРОЩЕННАЯ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ВОПРОСАМ АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА

DCSS 0373 RUS (08/16/04)

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (ЛИЦО, ЗАПОЛНЯЮЩЕЕ ЭТУ ФОРМУ)

Я ЯВЛЯЮСЬ: СТОРОНОЙ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ

РОДИТЕЛЕМ, НЕ ПРОЖИВАЮЩИМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ

ПРИМЕЧАНИЕ: Сторона, проживающая вместе с ребенком является лицом или стороной, которая осуществляет первичную опеку в отношении несовершеннолетних детей.

ФАКТЫ О СТОРОНЕ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ ИЛИ ОПЕКУНЕ И РЕБЕНКЕ(ДЕТЯХ)

ПОЛНОЕ ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО)		НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ		ЛУЧШЕЕ ВРЕМЯ ЗВОНКА <input type="checkbox"/> до полудня <input type="checkbox"/> после полудня
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ (ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ <input type="checkbox"/> ОТЦОМ <input type="checkbox"/> МАТЕРЬЮ <input type="checkbox"/> ПРОЧЕЕ (УКАЗАТЬ)	ДОМАШНИЙ: РАБОЧИЙ: МОБИЛЬНЫЙ: ПРОЧИЕ (УКАЗАТЬ КАКИЕ)	НАИЛУЧШИЙ НОМЕР ДЛЯ СВЯЗИ С <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> РАБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ПРОЧИЙ	
ИМЯ ИМЕЮЩЕГОСЯ СУПРУГА		АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Живет ли родитель, проживающий вместе с ребенком, совместно с родителем, не проживающим вместе с ребенком? ДА НЕТ (Если ответ «НЕТ», то укажите дату и адрес, когда в последний раз жили вместе)

ДАТА	АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)						
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ	ШТАТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	РАСА	РОДНОЙ ЯЗЫК ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ГОВОРЯТ ДОМА	ПОЛ: <input type="checkbox"/> ЖЕНСКИЙ <input type="checkbox"/> МУЖСКОЙ
ИМЯ ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ - ЕСЛИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ РАБОТАЕТ, НАПИШИТЕ ЗДЕСЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ «БЕЗРАБОТНЫЙ»			ДОЛЖНОСТЬ ИЛИ ПРОФЕССИЯ		ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ЗАРАБОТОК Долларов США		
АДРЕС ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)			ИМЕЕТСЯ ЛИ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НА ДЕТЕЙ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РОДСТВЕННИКА ИЛИ ДРУГА		

Дата и место вступления в брак (Если никогда не состоял(а) в браке, отметьте «Нет»)				Дата и место развода (Если не было развода, отметьте «Нет»)			
ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК РОДИТЕЛЯ, НЕ ПРОЖИВАЮЩИЙ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ	ОКРУГ	ШТАТ	<input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА РАЗВОДА	ОКРУГ	ШТАТ	<input type="checkbox"/> НЕТ

Если родители НЕ состояли в браке, пожалуйста, ответьте на вопросы 1-5, приведенные ниже.

1. Проживал ли когда-либо родитель, не проживающий с ребенком, в штате Калифорния?..... ДА НЕТ Если ответ «ДА», то КОГДА? _____ ГДЕ? _____
2. Работал ли родитель, не проживающий вместе с детьми, когда-либо в штате Калифорния?..... ДА НЕТ Если ответ «ДА», то КОГДА? _____ ГДЕ? _____
3. В каком штате был зачат ребенок(дети)?
(Используйте номер для каждого ребенка, перечисленного ниже).....
Ребенок№ _____ Штам _____ Ребенок№ _____ Штам _____ Ребенок№ _____ Штам _____
4. Была ли подписана декларация об отцовстве в госпитале штата Калифорния или в агентстве?.....
 ДА НЕТ НЕ ЗНАЮ Если ответ «Да», то где? _____
5. Было ли присуждено отцовство?
 ДА НЕТ НЕ ЗНАЮ Если ответ «Да», то где? _____

Предоставляло ли услуги другое агентство по вопросам алиментов на детей? (Если «Да», пожалуйста, дайте дату, город и штат)		
ДАТЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ От: _____ Кому: _____	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОЛУЧЕНЫ УСЛУГИ	ПОЛУЧАЛИ ЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ ПОМОЩЬ НАЛИЧНЫМИ? ВЕЛФЕР <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Является родителем, не проживающим вместе с ребенком, определенным судом для выплаты алиментов для ребенка(детей), поименованных ниже? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ДЕЛО РАССМАТРИВАЕТСЯ					
СУДЕБНЫЙ ОРДЕР №	СУММА АЛИМЕНТОВ Долларов США	<input type="checkbox"/> В НЕДЕЛЮ <input type="checkbox"/> В МЕСЯЦ	ДАТА ОРДЕРА	ОКРУГ	ШТАТ

Перчислите полные имена других несовершеннолетних детей, НЕ являющихся родными данному родителю, не проживающему вместе с ребенком

ЕСЛИ РЕБЕНОК ЕЩЕ НЕ РОДИЛСЯ, НАПИШИТЕ ЗДЕСЬ «МЛАДЕНЕЦ В УТРОБЕ МАТЕРИ»			ОЖИДАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ НЕРОДИВШЕГОСЯ РЕБЕНКА(ДЕТЕЙ)			
ИМЯ	ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД И ШТАТ)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	РЕБЕНОК(ДЕТИ), ЖИВУЩИЕ С ВАМИ	
1.					<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
2.					<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
3.					<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
4.					<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

Перчислите полные имена всех несовершеннолетних детей этого родителя, не проживающего вместе с ребенком (Если ребенок еще не родился, напишите «младенец в утробе матери», и ожидаемую дату рождения). (Требуется отдельное заявление для ребенка от другого родителя, не проживающего вместе с ребенком)

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	РЕБЕНОК(ДЕТИ), ПРОЖИВАЮЩИИ ВМЕСТЕ С ВАМИ	
		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

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

ФАКТЫ О РОДИТЕЛЕ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ

ПОЛНОЕ ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО)				ТЕЛЕФОННЫЕ НОМЕРА	
ДЕВИЧЬЕ ИМЯ (ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)		РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ(ДЕТЯМ)		ДАМАШНИЙ:	
ИМЯ ИМЕЮЩЕГОСЯ СУПРУГА		<input type="checkbox"/> ОТЦОМ <input type="checkbox"/> МАТЕРЬЮ		РАБОЧИЙ:	
ДРУГИЕ ИМЕНА ИЛИ ПРОЗВИЩА РОДИТЕЛЯ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕГО ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ				МОБИЛЬНЫЙ:	
АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)				ПРОЧИЕ (УКАЗАТЬ КАКИЕ)	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ				<input type="checkbox"/> ТЕКУЩЕЕ <input type="checkbox"/> ТЕКУЩЕЕ С (ДАТА)	
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ	ШТАТ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="checkbox"/> ЖЕНСКИЙ <input type="checkbox"/> МУЖСКОЙ

В настоящее время находится на испытательном сроке или условно-досрочном освобождении? ДА НЕТ

В настоящее время находится в следственной тюрьме или в тюрьме? ДА НЕТ Если ответ «ДА», то предоставьте нижеследующую информацию:

ДАТА	АГЕНТСТВО	ГОРОД	ШТАТ	ПРЕСТУПЛЕНИЕ (ПРИЧИНА)
------	-----------	-------	------	------------------------

Является ли родитель, не проживающий вместе с ребенком гражданином США? ДА НЕТ Если ответ «НЕТ», то, пожалуйста, укажите здесь страну гражданства:

ФИЗИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: (ПОЖАЛУЙСТА, ПРЕДОСТАВЬТЕ ФОТОГРАФИЮ)

РАСА	ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ	РОДНОЙ ЯЗЫК
ВОЛОСЫ	РОСТ	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ (ОТМЕТИНЫ, ШРАМЫ, ТАТУИРОВКИ И Т.П.)
ГЛАЗА	ВЕС	

ИМЯ ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ (ЕСЛИ НЕ РАБОТАЕТ, ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ «БЕЗРАБОТНЫЙ»)	<input type="checkbox"/> ТЕКУЩЕЕ <input type="checkbox"/> ТЕКУЩЕЕ С (LFNF)	ДОСТУПНА ЛИ ДЕТЯМ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОЛНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ЗАРАБОТОК Долларов США
АДРЕС ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)			

Если безработный или текущий работодатель неизвестен, укажите ниже имя, адрес и номер телефона последнего места работы.

ИМЯ ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ	АДРЕС ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)	ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР (ВКЛЮЧИТЕ КОД ТЕРРИТОРИИ)
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

ОБЫЧНАЯ ПРОФЕССИЯ, ремесло, должность или квалификация

НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ: ДА НЕТ КАКОЙ РОД ВОЙСК?

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОДИТЕЛЬ, ПРОЖИВАЮЩИЙ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ, ЧЛЕНОМ ПРОФСОЮЗА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НАИМЕНОВАНИЕ И НОМЕР ПРОФСОЮЗА	АДРЕС СОЮЗА (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------

ЕСЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАНЯТЫЙ, ТО КАКОЙ ВИД БИЗНЕСА?

ПОСТОЯННЫЙ РАБОЧИЙ? ДА НЕТ ЕСЛИ ОТВЕТ «НЕТ», ТО ОБЪЯСНИТЕ:

ПОЛНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ЗАРАБОТОК Долларов США

Перечислите другие источники дохода или активы. (Например, ветеранское пособие, социальное пособие по нетрудоспособности, процент, дивиденды, траст, транспортные средства, лодки, недвижимость и т.п. Приложите отдельный лист, если необходимо).

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

Имя и адрес текущей супруги, друга или родственника.

ИМЯ	РОДСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ	УЛИЧНЫЙ АДРЕС, ГОРОД, ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Имеются ли посещения детей? ДА НЕТ Если ответ «ДА», то сколько раз в месяц?

Имеются ли другие обязательства по выплате алиментов? ДА НЕТ Если ответ «ДА», то укажите сумму: долларов США

Имеются ли в доме другой несовершеннолетний ребенок(дети)? ДА НЕТ Если ответ «ДА», то сколько детей?

Текущее семейное положение: Холостой В браке Разведенный Проживающий отдельно Живущий с другим лицом

Я прошу предоставления услуг Департамента услуг по вопросам алиментов на детей, чтобы помочь мне в следующих делах: (отметьте все, что применимо)

<input type="checkbox"/> Установление отцовства	<input type="checkbox"/> Изменение существующего ордера на взыскание алиментов для ребенка	<input type="checkbox"/> В настоящее время не требуется взыскания медицинского страхования. Дети имеют удовлетворительное медицинское страхование через: <input type="checkbox"/> Родителя, проживающего вместе с детьми <input type="checkbox"/> Родителя, не проживающего вместе с детьми
<input type="checkbox"/> Получение ордера на взыскание алиментов	<input type="checkbox"/> Получение ордера на взыскание медицинской страховки	
<input type="checkbox"/> Взыскание алиментов по существующему ордеру на алименты для ребенка и супруги(а) (включая просроченные выплаты)	<input type="checkbox"/> Взыскание медицинской страховки по существующему ордеру	

Я ходатайствую о предоставлении услуг по вопросам алиментов на ребенка в рамках Программы по вопросам алиментов на ребенка Титула IV-D Акта о социальном обеспечении. Я заявляю под угрозой судебного наказания (Уголовный кодекс, раздел 118), что эта анкета была мной проверена и, насколько мне известно, приведенные данные являются верными и правильными.

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?
 Да
 Нет

Если «Да», пожалуйста объясните ниже:

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? Да Нет**Если «Да», то объясните ниже:**

Имя мужа	Жили ли Вы с Вашим мужем в то время, когда Вы стали беременной?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Когда Вы развелись?	Были ли Ваш муж импотентом или стерильным во время, когда Вы стали беременной?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», то что он сказал или сделал?
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

6. Давал ли отец Вам какие-либо деньги или вещи для ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Объяснение:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

7. Жил ли когда-нибудь отец с ребенком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», то когда и где?
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

8. Признавал ли когда-либо отец, что ребенок принадлежит ему? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», то укажите даты.
Дата(ы) и Адрес(а)	
12. Были ли Вы и отец когда-либо женаты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Без перевода
Что сказал отец?		
Кто еще присутствовал, когда он узнал об этом?		
13. Обсуждали ли Вы когда-нибудь состояние беременности с отцом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Объясните:
16. Писали ли Вы когда-либо отцу о ребенке? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Когда?
Что Вы сказали?	
17. Похож ли ребенок на отца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В чем?
18. Упомянул ли когда-либо отец ребенка в своем подоходном налоге? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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.

ХОДАТАЙСТВО О ПОЛУЧЕНИИ АЛИМЕНТОВ

DCSS 0055 RUS (08/16/04)

Номер дела в Бюро по вопросам алиментов на детей:

ИНСТРУКЦИИ: Тщательно прочитайте, перед тем как подписать каждую из нижеприведенных частей. Ваша подпись необходима в обоих местах, чтобы мы могли открыть Ваше дело.

Я хочу, чтобы местное агентство помогло мне получить судебный ордер на получение алиментов для установления отцовства ребенка(детей) или взыскать алименты по имеющемуся у меня ордеру.

Я понимаю, что я ходатайствую о получении указанных услуг в рамках Программы услуг по вопросам алиментов на детей в соответствии с Главой IV-D Закона о социальном обеспечении.

Я немедленно сообщу агентству по вопросам алиментов на детей:

- Когда кто-либо из детей вступит в брак.
- Когда кому-нибудь из детей исполнится 19 лет или когда ребенку исполнится 18 лет, и он не является студентом дневного обучения, в зависимости от того, какое из событий наступит ранее.
- Если изменится мой домашний адрес, почтовый адрес или номер телефона.
- Если изменится мой работодатель, включая его имя, адрес и телефонный номер.
- При изменении моих доходов.
- При изменении статуса, стоимости или доступности моего медицинского страхового полиса.
- Если изменится какая-либо информация, касающаяся данных о местонахождении другого родителя(ей).
- Если родитель(и) возвращается к совместному проживанию с ребенком; или
- Если имеются изменения в условиях, касающихся проживания с ребенком, алиментов или посещения.

Я осведомлен(а), что местное агентство по вопросам алиментов на детей не представляет меня, другого родителя, или детей, которые являются участниками этого дела. Не существует никаких отношений типа адвокат-клиент между местным агентством по вопросам алиментов на детей и мной, другим родителем или детьми. Никаких отношений адвокат-клиент не возникнет, если местное агентство по вопросам алиментов на детей предоставит услуги по алиментам на ребенка, о которых я ходатайствую.

Я заявляю и под страхом судебного наказания, что я прочитал(а), ознакомился(ась) и согласился(ась) со всеми условиями, указанными выше.

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ

БУКВАМИ ПОДПИСЬ

ДАТА

Пустая страница

Уважаемая(ый)!

Департамент услуг по вопросам алиментов на детей (DCSS) обязан по закону посылать информацию по делу о взыскании алиментов на ребенка в Федеральное Правительство. Федеральное Правительство ведет базу данных, которая включает все дела о взыскании алиментов на ребенка в стране. По требованию Федеральное Правительство выдает информацию о деле другим агентствам по вопросам алиментов на детей; однако Вы или Ваш ребенок(дети) являются жертвой насилия в семье, Вы можете не желать раскрытия информации по Вашему делу.

Если Вы считаете, что выдача информации по Вашему делу Федеральному Правительству может причинить физический или эмоциональный вред Вам или ребенку(детям), участвующим в этом деле, пожалуйста, заполните прилагаемую Анкету о насилии в семье (DCSS 0048) и вышлите ее по адресу, указанному ниже, в течение 30 дней с даты, получения данного письма. Вы должны полностью заполнить форму, чтобы Ваш запрос мог быть обработан. Если Вы не вернете указанную форму в течение 30 дней с даты получения данного письма, Департамент услуг по вопросам алиментов на детей передаст Вашу информацию Федеральному Правительству.

Пожалуйста, вышлите заполненную форму по адресу: Местное агентство по вопросам алиментов на детей

Если Вы или ребенок(дети), участвующие в данном деле не являются жертвами насилия в семье, Вам не нужно возвращать эту форму. Также важно понимать, что Департаменту услуг по вопросам алиментов на детей запрещено по закону выдавать указанную информацию в этом случае другой стороне без соответствующего решения суда. Однако, некоторые документы, которые включают некоторую Вашу личную информацию, могут быть поданы в суд.

Пожалуйста, свяжитесь с нами по телефону 1-866-901-3212 указав номер вышеуказанного дела, если у Вас имеются какие-либо вопросы.

Пустая страница

АНКЕТА ПО ВОПРОСАМ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ

DCSS 0048 RUS (11/08/05)

ИНСТРУКЦИИ: Если Вы не заполните и не вернете нам эту форму, то Департамент услуг по вопросам алиментов на детей, или Федеральное Правительство могут сообщить информацию по Вашему делу в суды, агентства по вопросам алиментов на детей, и, возможно, другому родителю Вашего ребенка или стороне по этому делу.

Ваше имя: _____

Номер дела: _____

Имя другой стороны: _____

РАЗДЕЛ I: Отметьте соответствующую клетку для каждого из вопросов.

1. Были ли Вы или ребенок(дети), фигурирующие в данном деле, когда-либо жертвами семейного насилия, или жестокого обращения с ребенком со стороны другого участника данного дела об алиментах.? Да Нет

2. Имеется ли у Вас запретительный судебный приказ, охранный судебный приказ или судебный ордер о запрете на посещение ребенка другой стороной данного дела об алиментах? **Если «Да», то, пожалуйста, приложите копию этого приказа, и предоставьте следующую информацию:** Да Нет

Округ/штат: _____

номер приказа/досье: _____

Дата истечения срока действия: _____

3. Если Вы или ребенок(дети), участвующий в этом деле, получает государственную помощь, то хотите ли Вы, чтобы Департамент социального обеспечения пересмотрел это дело для определения правомочности закрыть это дело об алиментах, по причине возросшего риска физической, сексуальной или эмоциональной угрозы Вам или Вашему ребенку(детям) по данному делу с другой стороны? Это называется «иметь достаточные основания» для закрытия дела об алиментах. Да Нет

РАЗДЕЛ II: Вы ДОЛЖНЫ заполнить этот раздел, если Вы ответили «Да» на какой-либо из вопросов РАЗДЕЛА I.

Пожалуйста, представьте подробную информацию о насилии в семье, включая даты, время, места и свидетелей. (Если необходимо, добавьте дополнительную страницу).

АНКЕТА ПО ВОПРОСАМ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ

DCSS 0048 RUS (11/08/05)

РАЗДЕЛ III: При необходимости, пожалуйста, отметьте приведенную ниже клетку, подпишите, датировать и возвратите эту форму по адресу:

Местное агентство по вопросам алиментов на детей

- Выдача моего адреса или другой информации, идентифицирующей мое местонахождение, может нанести вред мне или моему ребенку(детям) по данному делу. Я требую, чтобы мой адрес или иная идентифицирующая информация не выдавалась другой стороне по этому делу. Это требование имеет силу до тех пор, пока я не сообщу в Местное агентство по вопросам алиментов на детей в письменной форме, что я разрешаю выдавать мою информацию, и Местное агентство по вопросам алиментов на детей не скажет мне, что получило мое требование. Я понимаю, что по федеральному закону уполномоченное лицо может подать письменный запрос в суд, в юрисдикции которого находятся дела о взимании алиментов или определения о возможности посещения ребенка, о выдаче моей информации. Местное агентство по вопросам алиментов на детей сообщит мне в письменной форме, в случае решения суда о выдаче какой-либо информации по моему делу.

Я заявляю под страхом наказаний, установленных законом штата Калифорния, что вышеуказанное является верным и правильным.

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

БУКВАМИ

ДАТА

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Закон об использовании информации от 1997 года (Гражданский кодекс §1798.17) и Федеральный закон о конфиденциальности от 1974 года (Глава 5, Кодекс Соединенных Штатов §552a(e)(3), §7 Примечание) требуют, предоставления этого уведомления при сборе личной информации у физических лиц. Информация, запрашиваемая в данной форме, используется Департаментом услуг по вопросам алиментов на детей и местными агентствами по оказанию помощи детям для целей охраны информации от раскрытия в ситуациях бытового или семейного жестокого обращения с ребенком. Непредоставление этой информации ограничит возможности Департамента услуг по вопросам алиментов на детей по охране Вашей информации.

Официальный представитель агентства, ответственный за сохранение формы: **DCSS Records Officer, PO Box 419064, MS-70, Rancho Cordova, CA 95741, номер факса (916) 464-5064**. Юридические документы, санкционирующие ведение дел и сохранение этой личной информации, включают следующие: Глава 22 Кодекса правил штата Калифорния §§112110(h), 112300, 112301 и 112302, а также Семейный кодекс §17212. Копии этой формы хранятся в конфиденциальных делах Департамента услуг по вопросам алиментов на ребенка или местных агентствах по оказанию помощи детям в течение 4 лет и 4 месяцев после закрытия дела об алиментах на Вашего ребенка. Вы имеете право доступа к этой форме посредством запроса по **факсу (916)464-5064**.

Если у Вас имеются какие-либо вопросы или проблемы, касающиеся этого уведомления, пожалуйста, звоните 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 <input type="checkbox"/> Родителем, проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Родителем, не проживающим вместе с ребенком
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Заполните историю посещений за прошедшие 12 месяцев, внося 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:

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 <input type="checkbox"/> Родителем, проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Родителем, не проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Родителем, проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Родителем, не проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Работодатель <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода	
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода	
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> 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(и)ц, 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 Прочее (указать)
(т.е., лабораторные работы, физиотерапия)

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: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> 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(и), 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: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> 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(и), 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

Пустая страница

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)*:

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ ОБ ИСТОРИИ ВЫПЛАТЫ АЛИМЕНТОВ

На обороте этой страницы находится Ваша декларация об истории выплаты алиментов на ребенка. Вы должны заполнить раскладку подлежащих к оплате (по судебному приказу) алиментов и оплаченных сумм месяц за месяцем, год за годом. Эти цифры позволят определить сумму просроченных выплат, если таковы имеются.

Вы должны заполнить отдельную страницу (или страницы) для алиментов на ребенка, супружеских алиментов, семейных алиментов, медицинское обеспечение, неоплаченные медицинские расходы и другие типы материальной помощи, которые не перечислены. **НЕ ОБЪЕДИНЯЙТЕ алименты на ребенка с супружескими алиментами, если только судебный приказ не объединил оба вида материальной поддержки в приказ о взыскании «семейных» алиментов.**

В колонке «Сумма к оплате» ежемесячно впишите сумму алиментов, подлежащую выплате с момента вступления в силу судебного приказа. Если в Вашем приказе было изменение, проверьте, чтобы каждый месяц отражал правильную сумму алиментов, подлежащих оплате.

В колонке «Оплаченная сумма» укажите сумму алиментов в долларах США, оплаченных в данный месяц. Если в данный месяц было выполнено более одного платежа, укажите общую сумму оплаты в долларах США. **Впишите суммы в долларах рядом с тем месяцем, в который платеж был фактически выполнен, а не в месяц или месяцы, которые эти платежи должны были покрыть.** При необходимости Вы можете присоединить дополнительные листы.

Имейте в виду, что эта декларация не является конфиденциальной, и может быть выдана другому родителю по Вашему делу для проверки. Если имеется несогласие в отношении истории выплат алиментов, то сторонам может быть предложено предоставить обоснование платежей в форме погашенных чеков, квитанций и т.п.

Заполняйте эту Декларацию аккуратно и правильно, чтобы обеспечить отсутствие ошибок или путаницы в суммах просроченных платежей, если таковые имеются.

ДЕКЛАРАЦИЯ ОБ ИСТОРИИ ОПЛАТЫ АЛИМЕНТОВ

Лицо, заполняющее эту форму (имя): _____

Я являюсь стороной, проживающей вместе с ребенком Родителем, не проживающих вместе с ребенком

История оплаты алиментов за (отметить одно): На ребенка Супружеские Семейные Медицинские
 Неоплаченные медицинские расходы Прочее (указать): _____

ГОД _____

ГОД _____

ГОД _____

	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА
Январь						
Февраль						
Март						
Апрель						
Май						
Июнь						
Июль						
Август						
Сентябрь						
Октябрь						
Ноябрь						
Декабрь						

ГОД _____

ГОД _____

ГОД _____

	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА	СУММА ОПЛАТЕ	ОПЛАЧЕННАЯ СУММА
Январь						
Февраль						
Март						
Апрель						
Май						
Июнь						
Июль						
Август						
Сентябрь						
Октябрь						
Ноябрь						
Декабрь						

Я декларирую под страхом судебного наказания по законам штата Калифорния, что вышеприведенное является верным и правильным. Я осведомлен, что эта информация может быть предоставлена другому родителю для проверки, и что от любой стороны могут потребовать предоставить обосновывающую документацию.

Подпись: _____

Дата: _____