

THƯ GỬI KÈM HỒ SƠ ĐĂNG KÝ CHẾ ĐỘ TỰ PHỤC VỤ

DCSS 0597 VIE (11/18/08)

Gửi kèm theo là các mẫu đơn mà quý vị phải điền thông tin để mở một vụ việc hỗ trợ trẻ em. Xin quý vị vui lòng đọc Sổ tay Hỗ Trợ Trẻ em và Thông báo về Chương trình Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em trước khi điền thông tin vào các mẫu đơn. Các mẫu đơn này cho quý vị biết về các dịch vụ sẵn có dành cho quý vị, các quyền và trách nhiệm của quý vị, và trách nhiệm của Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em. Quý vị phải gửi trả hồ sơ đăng ký hoàn tất của quý vị, cùng với tất cả các mẫu đơn, bằng đường thư tín hoặc tự mang đến hạt mà quý vị hiện đang sống. Dưới đây là danh sách các cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương.

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
Los Angeles, 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

THƯ GỬI KÈM HỒ SƠ ĐĂNG KÝ CHẾ ĐỘ TỰ PHỤC VỤ

DCSS 0597 VIE (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

THÔNG BÁO VỀ CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRẺ EM

DCSS 0064 VIE (08/25/05)

CÓ NHỮNG HỖ TRỢ TRẺ EM NÀO CHO QUÝ VỊ:

Tất cả trẻ em đều có quyền được hỗ trợ bởi cả cha và mẹ. Bất kỳ người nào, kể cả cha mẹ không phải là người chăm sóc, cho dù người này có nhận trợ giúp công hay không, đều có thể đăng ký các dịch vụ hỗ trợ. Các dịch vụ hỗ trợ này miễn phí. Đây là một số dịch vụ:

- tìm ra (những) người cha mẹ nhằm thi hành hỗ trợ trẻ em;
- thiết lập tư cách làm cha (tư cách làm cha hợp pháp);
- thiết lập lệnh hỗ trợ trẻ em và/hoặc hỗ trợ y tế (bảo hiểm sức khỏe);
- thi hành lệnh hỗ trợ trẻ em và/hoặc hỗ trợ y tế (bảo hiểm sức khỏe);
- thay đổi lệnh tòa án đã có về hỗ trợ trẻ em và/hoặc hỗ trợ y tế;
- thi hành lệnh hỗ trợ bạn đời cùng với lệnh hỗ trợ trẻ em;
- thu và phân bổ các khoản thanh toán hỗ trợ.

CÁC DỊCH VỤ VỀ THĂM NOM VÀ GIÁM HỘ KHÔNG ĐƯỢC CUNG CẤP.

CƠ QUAN HỖ TRỢ TRẺ EM TẠI ĐỊA PHƯƠNG NHÂN DANH HẠT CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ. CƠ QUAN HỖ TRỢ TRẺ EM TẠI ĐỊA PHƯƠNG KHÔNG ĐẠI DIỆN QUÝ VỊ VÀ KHÔNG PHẢI LÀ LUẬT SƯ CỦA QUÝ VỊ. DO QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ KHÁCH HÀNG, CƠ QUAN HỖ TRỢ TRẺ EM TẠI ĐỊA PHƯƠNG CÓ THỂ CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ THI HÀNH CHO QUÝ VỊ HOẶC NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KIA TRONG TƯƠNG LAI, VÀ THÔNG TIN MÀ QUÝ VỊ CUNG CẤP KHÔNG MANG TÍNH BÍ MẬT PHÁP LÝ HOẶC ĐƯỢC GIỮ BÍ MẬT THEO QUYỀN TRAO ĐỔI BÍ MẬT GIỮA LUẬT SƯ-KHÁCH HÀNG.

HỢP TÁC HỖ TRỢ TRẺ EM

Khi quý vị yêu cầu các dịch vụ, quý vị phải hợp tác với cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương bằng việc cung cấp bất kỳ thông tin nào hoặc các tài liệu cần thiết để thiết lập tư cách làm cha và/hoặc tìm ra người cha hoặc mẹ kia và nhận các khoản thanh toán hỗ trợ cho đứa trẻ của quý vị. Sau khi quý vị yêu cầu các dịch vụ của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương, cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ xác định các hành động thích hợp để thực hiện. Tất cả các khoản thanh toán hỗ trợ phải được gửi đến Bộ phận Chi tiêu Tiểu bang Nếu các khoản thanh toán được trả trực tiếp cho quý vị, các khoản thanh toán này phải được chuyển cho Bộ phận Chi tiêu Tiểu bang.

Khi quý vị đăng ký, hoặc nhận các dịch vụ hỗ trợ, quý vị có trách nhiệm thông báo kịp thời cho cơ quan hỗ trợ trẻ em về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến vụ việc hỗ trợ trẻ em của quý vị hoặc công việc của cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương. Đây là một số ví dụ:

- đứa trẻ rời khỏi nhà quý vị;
- số điện thoại hoặc địa chỉ thay đổi (bao gồm cả việc chuyển sang hạt, tiểu bang hoặc nước khác);
- ngừng hỗ trợ công, như Trách nhiệm và Cơ hội Làm việc đối với Trẻ em của California (CalWORKS);
- thay đổi tên;
- bắt đầu các thủ tục ly hôn hoặc các thủ tục pháp lý khác liên can đến con của quý vị;
- các thông tin liên quan đến bên kia;
- hóa đơn trực tiếp của bất kỳ khoản thanh toán nào để hỗ trợ đứa trẻ, vợ chồng hoặc gia đình.

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có quyền tìm tư vấn pháp lý từ một luật sư tư hoặc văn phòng dịch vụ pháp lý bằng tiền riêng của quý vị. Nếu quý vị thuê một luật sư, quý vị phải thông báo cho cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương. Để có thông tin và/hoặc trợ giúp pháp lý miễn phí, quý vị có thể liên hệ với Văn phòng Nhân viên Trợ giúp Luật Gia đình của Tòa án Cấp cao. Văn phòng dịch vụ pháp lý của quý vị cũng có thể có các dịch vụ pháp lý miễn phí hoặc giảm giá.

Nếu quý vị có lệnh hỗ trợ tại Tiểu Bang California, quý vị có thể yêu cầu cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương xem xét lại lệnh hỗ trợ của quý vị nhằm xác định xem mức hỗ trợ có nên thay đổi dựa trên các hướng dẫn trên toàn tiểu bang không. Nếu mức hỗ trợ không phù hợp với các hướng dẫn về thay đổi, cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương phải cung cấp cho quý vị hoặc cha mẹ kia, nếu yêu cầu, các thông tin về việc làm thế nào để có các đơn yêu cầu tòa thay đổi mức hỗ trợ đã phán quyết. Nhân viên trợ giúp về luật gia đình cũng có thể giúp đỡ miễn phí. Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương phải thông báo tới quý vị về ngày, giờ và mục đích của mọi phiên điều trần về quan hệ cha con hoặc hỗ trợ. Quý vị có quyền đọc hồ sơ của tòa án, trừ phi thông tin đó bị cấm về mặt pháp lý do các yêu cầu về bảo mật.

Theo yêu cầu của quý vị, cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương có thể cung cấp cho quý vị các bản sao của lệnh mới nhất được đưa vào hồ sơ vụ việc của quý vị. Quý vị có thể nhờ đến tòa án để thi hành lệnh hỗ trợ của quý vị, nhưng quý vị phải thông báo trước cho cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương rằng quý vị dự định đệ trình hành động thi hành án của riêng quý vị. Nếu cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương không trả lời thông báo của quý vị trong vòng ba mươi (30) ngày hoặc nếu cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương cho quý vị biết quý vị có thể tiến hành, khi đó quý vị có thể đệ trình hành động thi hành án của riêng quý vị lên Tòa án Cấp cao với điều kiện tất cả các khoản hỗ trợ đều có thể thanh toán thông qua cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương.

Cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương phải được phép của người không nhận trợ giúp công trước khi đưa ra một điều khoản có ảnh hưởng đến lệnh hỗ trợ trong đó người này được định rõ là một bên liên quan. Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương không thể, tham dự vào một điều khoản mà sẽ làm giảm số tiền hỗ trợ quá hạn khi người đó được nhận khoản hỗ trợ quá hạn cao hơn khoản tiền hỗ trợ công trả cho người nhận nếu không có sự chấp thuận của người nhận hỗ trợ công.

Nếu quý vị không nhận hỗ trợ công, các khoản thanh toán mà Tiểu bang nhận sẽ được áp dụng theo các thứ tự sau:

1. Hỗ trợ hàng tháng hiện thời;
2. Tiền lãi;
3. Khoản tiền hỗ trợ phải trả trong quá khứ; và
4. Các bốn phạt tương lai.

Khoản tiền hoàn thuế thu nhập của liên bang còn nợ người cha hoặc mẹ không chăm sóc có thể bị chặn lại bởi cơ quan hỗ trợ trẻ em, và được áp dụng khác với các khoản thanh toán khác. Theo luật liên bang, khoản tiền này không được áp dụng cho các bốn phạt hỗ trợ hiện tại. Nó phải được áp dụng cho khoản hỗ trợ đứa trẻ phải trả trong quá khứ. Nếu bên chăm sóc nhận được trợ giúp công, bao gồm Medi-Cal, khoản tiền hỗ trợ trẻ em phải trả trong quá khứ và còn nợ chính phủ sẽ được thanh toán trước.

Tất cả các loại vụ việc phù hợp với việc đền bù bằng tiền hoàn thuế thu nhập Liên bang đều thích hợp với việc đền bù hành chính. Các loại thanh toán sau có hiệu lực đối với đền bù mang tính hành chính. Chúng bao gồm cả các thanh toán định kỳ và không định kỳ. Các khoản thanh toán định kỳ là các khoản thanh toán được thực hiện dựa trên cơ sở thường xuyên, đều đặn hoặc lặp lại.

Tiền thanh toán Liên bang hiện tại có trong đền bù hành chính là: Các khoản thanh toán hưu trí của Liên bang, bán nhà, và các chi phí linh tinh khác (v.d. các thanh toán hoàn trả lại công tác phí và thanh toán tiền đi lại).

Đền bù hành chính và đền bù tiền hoàn thuế Liên bang là điều được phép theo Bộ luật số 31 của Liên Bang Hoa Kỳ Mục 3716, Bộ luật 42 của Liên Bang Hoa Kỳ Mục 664, Bộ luật số 26 của Liên Bang Hoa Kỳ Mục 6402, và Bộ luật 45 về các quy định của Liên bang Mục 303.72.

Các khoản tiền hoàn thuế thu nhập của Tiểu bang và các giải thưởng xổ số còn nợ người cha hoặc mẹ không chăm sóc con cũng có thể bị chặn lại bởi cơ quan hỗ trợ trẻ em và được áp dụng theo các quy định về phân phối của chương trình Hỗ trợ Trẻ em (Cấm nạng về Chính sách và Các thủ tục, Mục 12-415 và 12-420). Việc chặn Thuế Thu nhập và nhận giải thưởng xổ số được áp dụng cho tất cả hỗ trợ hiện thời và sau đó áp dụng cho hỗ trợ trẻ em phải trả trong quá khứ, kể cả hỗ trợ y tế phải trả trong quá khứ.

CALIFORNIA KHÔNG TÍNH TIỀN PHÍ ĐĂNG KÝ VÀ KHÔNG TÍNH TIỀN CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRẺ EM CUNG CẤP CHO NGƯỜI ĐĂNG KÝ. TUY NHIÊN, MỘT VÀI TIỂU BANG TÍNH PHÍ CÁC DỊCH VỤ. NẾU VỤ VIỆC CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN MỘT TRONG NHỮNG TIỂU BANG ĐÓ, HỌ CÓ THỂ TRỪ PHÍ TỪ CÁC KHOẢN THANH TOÁN HỖ TRỢ, HOẶC ĐƯA PHÍ ĐÓ VÀO KHOẢN TIỀN CÒN NỢ.

THÔNG BÁO VỀ VIỆC NHẬN VÀ PHÂN PHỐI

Người cha hoặc mẹ chăm sóc con sẽ được nhận Thông báo về việc Nhận và Phân phối các khoản thanh toán hỗ trợ hàng tháng. Thông báo sẽ đưa ra tất cả các hỗ trợ đã được nhận và trả trong suốt khoảng thời gian được thể hiện trên thông báo, và liệu khoản tiền đó đã được áp dụng cho hỗ trợ hiện tại, hay hỗ trợ phải trả trong quá khứ. Thông báo Nhận và Phân phối sẽ không được gửi vào những tháng không có khoản hỗ trợ nào được nhận hoặc trả.

HỖ TRỢ Y TẾ VÀ MEDI-CAL

Một trong hai người hoặc cả hai cha mẹ có thể được yêu cầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe nếu bảo hiểm sức khỏe có thể mua được ở mức giá hợp lý.

Nói chung, chi phí bảo hiểm sức khỏe là hợp lý nếu nó là bảo hiểm sức khỏe nhóm liên quan đến nghề nghiệp hoặc bảo hiểm sức khỏe nhóm khác. Tuy nhiên, nhằm xác định chi phí hợp lý, tòa cũng sẽ xem xét chi phí thực tế của bảo hiểm sức khỏe đối với (những) người cha mẹ.

WCơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương sẽ yêu cầu tòa án thiết lập hoặc thay đổi lệnh hỗ trợ trẻ em để yêu cầu (những) người cha mẹ cung cấp bảo hiểm sức khỏe nếu bảo hiểm có thể mua được ở mức giá hợp lý. Người cha mẹ chăm sóc con cũng có thể yêu cầu cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương thay đổi lệnh hỗ trợ trẻ em để đưa vào điều khoản cung cấp bảo hiểm sức khỏe. Điều này có thể ảnh hưởng đến mức tiền bắt buộc hỗ trợ trẻ em hàng tháng. Nếu người cha mẹ không chăm sóc con được lệnh cung cấp bảo hiểm sức khỏe, cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ liên hệ với người cha mẹ không chăm sóc con và nơi làm việc của người này nếu cần thiết để đảm bảo có được bảo hiểm sức khỏe cho đứa trẻ. Sau khi cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương nhận được thông tin về chính sách, thông tin sẽ được chuyển đến người cha mẹ chăm sóc con.

Việc mua bảo hiểm sức khỏe tư không có nghĩa là Bên chăm sóc con không được nhận Medi-Cal. Nếu Bên chăm sóc con được nhận Medi-Cal và có bảo hiểm sức khỏe tư nhân dành cho cá nhân hoặc bảo hiểm sức khỏe tư nhân theo nhóm (bao gồm bảo hiểm răng hoặc mắt), Bên chăm sóc con theo luật của Liên bang và tiểu bang phải thông báo cho phòng phúc lợi của hạt (CWD), cơ sở chăm sóc sức khỏe và cơ quan hỗ trợ trẻ em. Việc không cung cấp thông tin này sẽ được coi là một tội nhẹ. Bên chăm sóc con phải báo cáo cho nhân viên xét tiêu chuẩn của CalWORKs và/hoặc cơ quan hỗ trợ trẻ em trong vòng mười (10) ngày khi thay đổi hoặc ngừng bảo hiểm sức khỏe tư nhân. Bên chăm sóc con cũng phải thông báo cho nhân viên xét tiêu chuẩn của CalWORKs và/hoặc cơ quan hỗ trợ trẻ em về bất cứ lệnh tòa án nào liên quan đến bảo hiểm sức khỏe.

Nếu Bên chăm sóc con chỉ nhận Medi-Cal, Bên chăm sóc con phải phối hợp trong việc thiết lập tư cách làm cha và nhận hỗ trợ y tế như là một điều kiện để tiếp tục đủ tiêu chuẩn nhận trợ cấp Medi-Cal, trừ khi Bên Chăm sóc con đệ trình và CWD đã chấp thuận “lý do chính đáng” (WA 51) cho việc không hợp tác. (Những) đứa trẻ của quý vị sẽ vẫn đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal. Tất cả các dịch vụ hỗ trợ trẻ em cũng sẽ được cung cấp, trừ khi Bên Chăm sóc con thông báo với cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương rằng họ không muốn các dịch vụ không liên quan đến việc có được hỗ trợ y tế và thiết lập mối quan hệ cha con. Việc có được hỗ trợ y tế có thể làm giảm số tiền hỗ trợ trẻ em được nhận. Trong những vụ việc cả hai cha mẹ đều ở nhà, cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ chỉ thiết lập mối quan hệ cha con.

Theo luật Liên bang [42 U.S.C. Mục 1396(a) (25)], bảo hiểm sức khỏe thuộc về một người nhận Medi-Cal trong trường hợp buộc phải thực hiện hỗ trợ trẻ em hoặc hỗ trợ y tế được sử dụng như sau:

Nhà cung cấp dịch vụ sẽ gửi hóa đơn tới Medi-Cal. Medi-Cal sẽ thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ. Sau đó Medi-Cal sẽ tìm khoản hoàn trả từ các bảo hiểm sức khỏe khác. Quý vị không chịu trách nhiệm cho bất cứ khoản tiền chia sẻ chi phí bảo hiểm nào (đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khấu trừ) trừ khi việc cùng thanh toán Medi-Cal hoặc chia sẻ chi phí cần phải được đáp ứng. Nhà cung cấp sẽ gửi hóa đơn của dịch vụ tới quý vị nếu quý vị không hợp tác trong việc xác định bảo hiểm sức khỏe tư nhân. Nếu bảo hiểm sức khỏe khác của quý vị là Bảo hiểm Sức khỏe Trả trước (PHP) hoặc Tổ chức Duy trì Sức khỏe (HMO), quý vị phải sử dụng các cơ sở chăm sóc sức khỏe thường xuyên của họ. Ngoại trừ dịch vụ ngoài phạm vi phục vụ hoặc khi cấp cứu, Medi-Cal sẽ không thanh toán các dịch vụ thực hiện bởi nhà cung cấp không liên quan đến PHP/HMO của quý vị. Các dịch vụ ngoài phạm vi phục vụ hoặc chăm sóc cấp cứu sẽ được tính tiền cho PHP/HMO.

*ĐỂ CÓ THÊM THÔNG TIN VỀ CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRẺ EM,
XIN VUI LÒNG XEM SỐ TAY HỖ TRỢ TRẺ EM CỦA QUÝ VỊ*

TUYÊN BỐ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Chính sách của Tiểu bang California bảo đảm rằng tất cả các cá nhân được đối xử công bằng và không có người nào, vì lý do xác định nhóm dân tộc, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, liên minh hoặc định hướng chính trị, tôn giáo, giới tính, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật, bị loại trừ không được tham gia, hoặc bị từ chối không được nhận các trợ cấp của bất kỳ chương trình hoặc dịch vụ nào, hoặc bị đối xử khác với sự đối xử dành cho những người khác.

Mỗi cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương đều có Nhân viên Điều phối Quyền Công dân. Bất kỳ người đăng ký/người nhận dịch vụ nào cảm thấy mình bị đối xử một cách phân biệt đều có thể gửi đơn khiếu kiện về sự phân biệt đối xử bằng cách trước tiên liên hệ với Nhân viên Điều phối Quyền Công dân của cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương thông qua Trung tâm Hỗ trợ Dịch vụ Khách hàng (CSSC) hoặc viết thư cho Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em California, Người nhận: Bộ phận Dịch vụ Con người, Văn phòng Quyền Công dân, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064 hoặc gọi điện thoại đến 1-866-901-3212.

GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI - THÔNG TIN PHIÊN TÒA TIỂU BANG

QUYỀN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI:

- Nếu quý vị có khiếu nại đối với một cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương vì bất kỳ hành động hoặc sự ì trệ nào liên quan đến vụ việc hỗ trợ trẻ em của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương giải quyết khiếu nại.
- Quý vị có thể gửi khiếu nại bằng văn bản bằng cách hoàn tất mẫu đơn Yêu cầu Giải quyết Khiếu nại, hoặc quý vị có thể gọi điện thoại đến cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương.
- **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị phải đưa ra yêu cầu giải quyết khiếu nại trong vòng 90 ngày kể từ ngày quý vị đã biết, hoặc cần phải biết, về đối tượng khiếu nại của quý vị.**
- Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương có 30 ngày kể từ ngày nhận khiếu nại của quý vị để đưa ra cách giải quyết khiếu nại cho quý vị bằng văn bản, trừ khi cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương cần có thêm thông tin hoặc thời gian để giải quyết khiếu nại của quý vị. Cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương sẽ liên hệ với quý vị nếu họ cần thêm thông tin hoặc thời gian để giải quyết khiếu nại của quý vị.

QUYỀN YÊU CẦU MỘT PHIÊN TÒA TIỂU BANG

- Nếu cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương không trả lời quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được khiếu nại của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu một Phiên tòa Tiểu bang trước một Thẩm phán Luật Hành chính. **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị phải đưa ra yêu cầu tổ chức một Phiên tòa Tiểu bang trong vòng 90 ngày sau khi quý vị gửi khiếu nại đến cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương.**
- Nếu cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương trả lời quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị khiếu nại và quý vị không hài lòng với việc giải quyết khiếu nại hoặc trả lời của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương, quý vị có quyền yêu cầu một Phiên tòa Tiểu bang trước Thẩm phán Luật Hành chính. **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị phải đưa ra yêu cầu tổ chức một Phiên tòa Tiểu bang trong vòng 90 ngày sau khi quý vị nhận được trả lời bằng văn bản của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương đối với khiếu nại của quý vị.**
- Quý vị có thể yêu cầu một Phiên tòa Tiểu bang bằng văn bản bằng cách gửi mẫu đơn Yêu cầu Phiên tòa Tiểu bang đến Văn phòng phụ trách Phiên tòa Tiểu bang, hoặc quý vị có thể gọi đến Văn phòng phụ trách Phiên tòa Tiểu bang theo số điện thoại miễn phí 1-866-289-4714.
- Văn phòng phụ trách Tòa án Tiểu bang sẽ cho quý vị biết ngày, giờ và địa điểm của Phiên tòa Tiểu bang của quý vị.
- Văn phòng phụ trách Tòa án Tiểu bang sẽ có người phiên dịch hoặc các phương tiện dành cho người khuyết tật tại phiên tòa nếu quý vị cần có.
- **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Không phải tất cả các khiếu nại đều có thể được trình bày tại một Phiên tòa Tiểu bang.**

Các Phiên tòa Tiểu bang chỉ có thể được thực hiện cho các vấn đề sau:

- Hồ sơ đăng ký hỗ trợ trẻ em đã bị từ chối hoặc không được xử lý trong phạm vi thời gian được yêu cầu.
- Vụ việc dịch vụ hỗ trợ trẻ em đã được xử lý vi phạm luật pháp hoặc quy định của tiểu bang hoặc liên bang, hoặc thư chính sách của Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em của California, hoặc không được xử lý trong phạm vi thời gian được yêu cầu, bao gồm cách dịch vụ thiết lập, sửa đổi, và thực thi các lệnh hỗ trợ trẻ em và các thanh toán hỗ trợ trẻ em.
- Các khoản thu cho hỗ trợ trẻ em chưa được phân bổ, hoặc đã được phân bổ hoặc giải ngân không đúng, hoặc số tiền nợ hỗ trợ trẻ em còn sót lại không chính xác, theo tính toán của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương.
- Quyết định đóng một vụ việc hỗ trợ trẻ em của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Không thể trình bày các vấn đề sau tại Phiên tòa Tiểu bang:

- Các vấn đề hỗ trợ trẻ em phải được đề cập đến bởi một đề nghị, lệnh trình bày lý do, hoặc sự kháng án tại một tòa án.
- Việc xem xét bất kỳ lệnh tòa án nào đối với hỗ trợ trẻ em hoặc các khoản nợ hỗ trợ trẻ em còn sót lại.
- Lệnh tòa án hoặc quyết định tương tự về tư cách làm cha.
- Lệnh tòa án đối với việc hỗ trợ bạn đời.
- Các quyết định chăm sóc trẻ em.
- Các quyết định về thăm hỏi trẻ em.
- Các khiếu nại về cách đối xử được cho là khiếm nhã bởi một nhân viên của cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương, trừ khi cách cư xử như vậy dẫn đến một hành động hoặc sự ì trệ có thể thấy được.

CÁC DỊCH VỤ THANH TRA:

- Mọi cơ quan hỗ trợ trẻ em địa phương đều có một Nhân viên Thanh tra để giúp quý vị trong suốt quá trình giải quyết khiếu nại và/hoặc Phiên tòa Tiểu bang.
- Nhân viên Thanh tra có thể giúp quý vị nhận thông tin liên quan đến khiếu nại của quý vị nhằm giúp quý vị chuẩn bị cho Phiên tòa Tiểu bang của quý vị.
- **LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nhân viên thanh tra có thể đại diện cho quý vị tại Phiên tòa Tiểu bang hoặc có thể đưa ra tư vấn luật pháp cho quý vị.**

HƯỚNG DẪN HOÀN THÀNH ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐƠN GIẢN CHO CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRẺ EM

DCSS 0373 VIE (08/16/04)

Việc xử lý vụ việc của quý vị phụ thuộc vào thông tin quý vị cung cấp trên đơn. Xin quý vị vui lòng cung cấp thông tin nhiều nhất có thể. Trả lời trọn vẹn tất cả các câu hỏi. Nếu quý vị không biết câu trả lời, hãy viết "KHÔNG BIẾT". Nếu không thể áp dụng câu hỏi, hãy điền vào "N/A".

Trước khi bắt đầu, xin quý vị vui lòng đọc Sổ tay Hỗ trợ Trẻ em. Cuốn sách này giải thích các dịch vụ có được thông qua cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương. Tương tự như vậy, hãy đọc Thông báo Chương trình Thi hành Hỗ trợ Trẻ em. Thông báo này giải thích trách nhiệm của quý vị đối với cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương và trách nhiệm của cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương đối với quý vị. Các luật sư của cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương hay Viện chưởng lý hoặc bất kỳ đại diện nào của họ đều không phải là luật sư của quý vị hoặc của (những) đứa trẻ.

Xin vui lòng hoàn thành tất cả các đơn bằng MỤC ĐEN và CHỮ IN HOA một cách rõ ràng.

DỮ KIỆN VỀ BÊN CHĂM SÓC HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ VÀ (NHỮNG) ĐỨA TRẺ

Phần này dành cho người hoặc bên thực hiện công việc chăm sóc chính cho (những) đứa trẻ. Hãy hoàn thành toàn bộ phần này. Nếu quý vị là bên chăm sóc con, hãy cho chúng tôi biết số điện thoại để có thể liên hệ với quý vị vào ngày.

Nếu những đứa trẻ được nêu tên trong đơn đăng ký có những người cha mẹ không chăm sóc khác nhau, với mỗi người cha hoặc mẹ không chăm sóc con này cần phải hoàn thành một đơn đăng ký riêng. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống cho bất kỳ phần nào, hãy đính kèm một trang giấy riêng hoặc sử dụng Phần Nhận xét có tại cuối trang đầu.

Xin vui lòng liệt kê tất cả (những) đứa trẻ của những người cha mẹ được nêu lên cho người đang yêu cầu các dịch vụ hỗ trợ. Hãy điền vào tên đầy đủ của từng đứa trẻ, bao gồm tên, tên đệm, họ, và chức danh (Jr., Sr., III, v.v.)

Có một vài câu hỏi trong phần này liên quan đến việc xác định người cha sinh học của (những) đứa trẻ được nêu ra trong đơn đăng ký. Một câu hỏi về việc Bản khai Tư cách làm cha đã được ký chưa. Bản khai Tư cách làm cha là một mẫu đơn pháp lý, mà khi được ký (thường tại bệnh viện hoặc phòng khám) bởi cả cha và mẹ, tuyên bố rằng người đàn ông là người cha hợp pháp. Việc ký vào đơn và gửi đơn cho Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em sẽ thiết lập về mặt pháp lý người đàn ông là người cha của đứa trẻ mà không cần phải đến tòa án.

Câu hỏi thứ hai hỏi xem Phán quyết Tư cách làm cha đã được thiết lập chưa. Phán quyết Tư cách làm cha là một lệnh của tòa án mà thông qua quy trình pháp lý sẽ xác định người cha sinh học của (những) đứa trẻ. Việc xác định người cha sinh học là cần thiết trước khi tòa án có thể ra lệnh hỗ trợ đứa trẻ.

Nhận xét: Quý vị có thể sử dụng phần này làm khoảng trống phụ, nếu cần, hoặc thêm thông tin bổ sung mà quý vị cho rằng có thể giúp chúng tôi thiết lập hoặc thi hành lệnh tòa án đối với (những) đứa trẻ. Quý vị có thể thêm thông tin về tính cách của người khác, họ có sở hữu súng trường hoặc súng ngắn không, nếu họ đã đe dọa quý vị hoặc (những) đứa trẻ, v.v.

DỮ KIỆN VỀ NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC CON

Nếu quý vị là Bên chăm sóc con, quý vị có thể phải xem qua các giấy tờ cũ để tìm một số thông tin được yêu cầu. Càng nhiều thông tin cho chúng tôi trong phần này, chúng tôi có thể phục vụ quý vị càng tốt hơn và nhanh hơn.

Nếu có thể, xin quý vị vui lòng cung cấp Số Bảo hiểm Xã hội hoặc các số của người cha hoặc mẹ không chăm sóc con. Nếu quý vị không biết ngày sinh chính xác, hãy cung cấp số tuổi gần đúng.

Xin quý vị vui lòng cung cấp tất cả các thông tin tài chính về người cha hoặc mẹ không chăm sóc con. Đính kèm (các) trang bổ sung nếu cần hoặc sử dụng Phần Nhận xét tại trang đầu tiên.

Nếu quý vị là bên không chăm sóc con, hãy cho chúng tôi biết số điện thoại để có thể liên hệ với quý vị vào ban ngày.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ

Chúng tôi không thể mở vụ việc này nếu không có chữ ký của quý vị. Chữ ký của quý vị chỉ ra rằng quý vị đã trả lời các câu hỏi trên đơn đăng ký với khả năng tốt nhất của quý vị và rằng quý vị muốn mở vụ việc này. Chữ ký cũng chỉ ra rằng quý vị đã đọc thông tin được cung cấp ở phía trên dòng chữ ký một cách cẩn thận.

Trang trống

ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐƠN GIẢM DỊCH VỤ HỖ TRỢ TRẺ EM

DCSS 0373 VIE (08/16/04)

TÔI LÀ:

BÊN CHĂM SÓC NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC

LƯU Ý: Bên chăm sóc là người hoặc bên thực hiện chăm sóc chính cho những đứa trẻ vị thành niên.

TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ (NGƯỜI HOÀN THÀNH ĐƠN NÀY)

DỮ KIỆN VỀ BÊN CHĂM SÓC HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ VÀ (NHỮNG) ĐỨA TRẺ

TÊN ĐẦY ĐỦ (HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM)		SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ RIÊNG:	THỜI GIAN LIÊN HỆ TỐT NHẤT <input type="checkbox"/> SÁNG <input type="checkbox"/> CHIỀU
TÊN THỜI CON GAI (NẾU THÍCH HỢP)	MỐI QUAN HỆ VỚI (NHỮNG) ĐỨA TRẺ <input type="checkbox"/> NGƯỜI CHA <input type="checkbox"/> NGƯỜI MẸ <input type="checkbox"/> KHÁC (HÃY CHỈ RA)	NƠI LÀM VIỆC:	SỐ ĐIỆN THOẠI TỐT NHẤT ĐỂ LIÊN HỆ <input type="checkbox"/> NHÀ RIÊNG <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NƠI LÀM VIỆC <input type="checkbox"/> KHÁC
TÊN CỦA NGƯỜI BẠN ĐỜI HIỆN TẠI		DI ĐỘNG: LOI KHÁC (HÃY CHỈ RA)	
ĐỊA CHỈ (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP)		ĐỊA CHỈ E-MAIL	

Bên chăm sóc hiện tại có chung sống với cha hoặc mẹ không chăm sóc không? **CÓ** **KHÔNG** (Nếu "KHÔNG", hãy cho ngày và địa chỉ sống với nhau gần đây nhất)

NGÀY	ĐỊA CHỈ (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP)						
SỐ BẢO HIỂM XÃ HỘI MÃ	SỐ BẢNG LÁI XE	TIỂU BANG	NGÀY SINH HOẶC SỐ TUỔI GẦN ĐÚNG	NƠI SINH	CHUNG TỘC	PRIMARY LANGUAGE SPOKEN IN HOME	GIỚI TÍNH: <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM
TÊN CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG HIỆN TẠI - NẾU HIỆN TẠI KHÔNG ĐI LÀM, HÃY VIẾT IN HOA "THẤT NGHIỆP" Ở ĐÂY			JOB TITLE OR OCCUPATION			TIỀN LƯƠNG GỘP HÀNG THÁNG \$	
ĐỊA CHỈ CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG HIỆN TẠI (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, VÀ MÃ ZIP)			CÓ BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÔNG DÀNH CHO NHỮNG ĐỨA TRẺ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI THÂN HOẶC BẠN BÈ		

Ngày và nơi kết hôn (Nếu chưa bao giờ kết hôn, hãy đánh dấu "Không")				Ngày và nơi ly hôn (Nếu chưa bao giờ ly hôn, hãy đánh dấu "Không")			
NGÀY KẾT HÔN VỚI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC CON	HẠT	TIỂU BANG	<input type="checkbox"/> KHÔNG	NGÀY LY HÔN	HẠT	TIỂU BANG	<input type="checkbox"/> KHÔNG

Nếu cha mẹ KHÔNG kết hôn, hãy trả lời các câu hỏi 1-5 dưới đây.

- Người cha hoặc mẹ đã từng sống ở California chưa? **CÓ** **KHÔNG** Nếu "CÓ", Khi nào? _____ Ở đâu? _____
- Người cha hoặc mẹ đã từng làm việc ở California chưa? **CÓ** **KHÔNG** Nếu "CÓ", Khi nào? _____ Ở đâu? _____
- (Những) đứa trẻ được mang thai ở tiểu bang nào? Đứa trẻ # _____ Tiểu bang _____ Đứa trẻ # _____ Tiểu bang _____ Đứa trẻ # _____ Tiểu bang _____
(*Hãy sử dụng mã số cho từng đứa trẻ được liệt kê dưới đây*)
- Bản khai Tư cách làm cha đã được ký tại một bệnh viện hoặc cơ quan của California? **CÓ** **KHÔNG** **KHÔNG BIẾT** Nếu "CÓ", Ở đâu? _____
- Phán quyết Tư cách làm cha đã được thiết lập? **CÓ** **KHÔNG** **KHÔNG BIẾT** Nếu "CÓ", Ở đâu? _____

Có một cơ quan hỗ trợ khác đã cung cấp dịch vụ hỗ trợ? (Nếu "CÓ", hãy cho biết ngày, thành phố và tiểu bang)

NGÀY CÁC DỊCH VỤ	THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG NƠI ĐÃ NHẬN DỊCH VỤ	NHỮNG ĐỨA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN ĐÃ NHẬN TRỢ GIÚP TIỀN MẶT CHƯA? (TRỢ CẤP) <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Từ:	Đến:	

Người cha hoặc mẹ không chăm sóc có bị tòa án ra lệnh thanh toán hỗ trợ trẻ em cho (những) đứa trẻ có tên dưới đây? **CÓ** **KHÔNG** **ĐANG CHỜ**

MÃ SỐ LỆNH TÒA ÁN	SỐ TIỀN THEO LỆNH \$	<input type="checkbox"/> THEO TUẦN <input type="checkbox"/> THEO THÁNG	NGÀY CỦA LỆNH	HẠT	TIỂU BANG
-------------------	-------------------------	---	---------------	-----	-----------

Hãy liệt kê tên đầy đủ của tất cả những đứa trẻ vị thành niên của người cha hoặc mẹ không chăm sóc này (Nếu đứa trẻ vẫn chưa sinh, hãy ghi "chưa sinh", và ngày sinh dự tính). (Phải có một đơn đăng ký riêng cho những đứa trẻ từ một người cha hoặc mẹ không chăm sóc khác.)

NẾU ĐỨA TRẺ VẪN CHƯA ĐƯỢC SINH, HÃY GHI "CHƯA SINH" Ở ĐÂY				NGÀY SINH DỰ TÍNH CHO (NHỮNG) ĐỨA TRẺ CHƯA CHUA SINH			
TÊN	Giới tính	NGÀY SINH	NƠI SINH (THÀNH PHỐ VÀ TIỂU BANG)	SỐ BẢO HIỂM XÃ HỘI	(NHỮNG) ĐỨA TRẺ SỐNG VỚI QUÝ VỊ		
1.					<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	
2.					<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	
3.					<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	
4.					<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG	

Hãy liệt kê tên đầy đủ của (những) đứa trẻ vị thành niên khác KHÔNG liên quan đến người cha hoặc mẹ không chăm sóc này

TÊN	NGÀY SINH	(NHỮNG) ĐỨA TRẺ SỐNG VỚI QUÝ VỊ	
		<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
		<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG

NHẬN XÉT (Xin vui lòng đính kèm một trang riêng nếu quý vị cần viết thêm)

DỮ KIỆN VỀ NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC CON

TÊN ĐẦY ĐỦ (HỌ, TÊN, ĐỆM)				SỐ ĐIỆN THOẠI	
TÊN THỜI CON GÁI (NẾU THÍCH HỢP)		MỐI QUAN HỆ VỚI (NHỮNG) ĐỨA TRẺ		NHÀ RIÊNG:	
TÊN CỦA NGƯỜI BẠN ĐỜI HIỆN TẠI		<input type="checkbox"/> NGƯỜI CHA <input type="checkbox"/> NGƯỜI MẸ		NƠI LÀM VIỆC:	
CÁC TÊN HOẶC BÍ DANH KHÁC CỦA NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC				DI ĐỘNG:	
				LOẠI KHÁC (HÃY CHỈ RA)	
ĐỊA CHỈ (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP)				ĐỊA CHỈ E-MAIL	
				<input type="checkbox"/> CẬP NHẬT TÍNH ĐẾN BÂY GIỜ <input type="checkbox"/> CẬP NHẬT TÍNH ĐẾN (NGÀY)	
SỐ BẢO HIỂM XÃ	HỘI SỐ BẢNG LÁI XE	TIỂU BANG	NGÀY SINH	HOẶC SỐ TUỔI GAN ĐÚNG NƠI SINH	GIỚI TÍNH
					<input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM

Hiện đang thử thách hay được thả trước thời hạn? CÓ KHÔNG

Hiện có đang ở trong nhà giam hoặc trong tù? CÓ KHÔNG Nếu "CÓ", hãy cung cấp thông tin dưới đây:

NGÀY	CƠ QUAN	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	PHẠM TỘI (LÝ DO)
------	---------	-----------	-----------	------------------

Người cha hoặc mẹ không chăm sóc có phải là một công dân Mỹ? CÓ KHÔNG Nếu "KHÔNG", xin vui lòng cho biết người đó là công dân nước nào:

MÔ TẢ HÌNH DÁNG: (XIN VUI LÒNG CUNG CẤP ẢNH)		
CHUNG TỘC	NƯỚC DA	NGÔN NGỮ CHÍNH
TÓC	CHIỀU CAO	ĐẶC ĐIỂM NHẬN DẠNG (DẤU, SẸO, HÌNH XÂM, V.V.)
MẮT	CÂN NẶNG	

TÊN CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG HIỆN TẠI (NẾU HIỆN TẠI KHÔNG ĐI LÀM, HÃY VIẾT IN HOA "THẤT NGHIỆP")		<input type="checkbox"/> CẬP NHẬT TÍNH ĐẾN BÂY GIỜ <input type="checkbox"/> CẬP NHẬT TÍNH ĐẾN (NGÀY)	CÓ BẢO HIỂM SỨC KHỎE CHO NHỮNG ĐỨA TRẺ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	TIỀN LƯƠNG GỘP HÀNG THÁNG \$
ĐỊA CHỈ CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG HIỆN TẠI (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, VÀ MÃ ZIP)				

Nếu thất nghiệp hoặc không biết được nhà tuyển dụng hiện tại, hãy cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại của nhà tuyển dụng lần cuối dưới đây.

TÊN CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG CUỐI CÙNG	ĐỊA CHỈ CỦA NHÀ TUYỂN DỤNG CUỐI CÙNG (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, VÀ MÃ ZIP)	SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ MÃ VÙNG)
----------------------------------	---	-------------------------------

NGHỀ NGHIỆP THƯỜNG XUYỆN, THƯƠNG MẠI, CHỨC DANH CÔNG VIỆC HOẶC CÁC KỸ NĂNG	ĐANG TRONG QUÂN ĐỘI: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NHÁNH DỊCH VỤ NÀO?
--	---

NGƯỜI CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC CÓ LÀ THÀNH VIÊN CỦA MỘT LIÊN ĐOÀN LAO ĐỘNG KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	TÊN VÀ SỐ HIỆU LIÊN ĐOÀN	ĐỊA CHỈ CÔNG ĐOÀN (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP)
--	--------------------------	---

NẾU TỰ LÀM VIỆC CHO BẢN THÂN, TÊN CỦA DOANH NGHIỆP LÀ GÌ?	TIỀN LƯƠNG GỘP HÀNG THÁNG \$
THƯỜNG XUYỆN CÓ VIỆC LÀM? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU KHÔNG, HÃY GIẢI THÍCH:	

Liệt kê tất cả các nguồn thu nhập hoặc tài sản khác. (Ví dụ, trợ cấp của Hội Cựu chiến binh, Quyết tậ Bảo hiểm Xã hội, lãi suất, cổ tức, ủy thác, phương tiện đi lại, thuyền, bất động sản, v.v. Đính kèm một trang riêng nếu cần thiết).

TÊN THỜI CON GÁI CỦA NGƯỜI MẸ (HỌ, TÊN)	ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI MẸ (ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP)	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI MẸ
---	--	----------------------------

TÊN CỦA NGƯỜI CHA (HỌ, TÊN)	ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ CỦA NGƯỜI MẸ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG VÀ MÃ ZIP	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI CHA
-----------------------------	--	-----------------------------

Tên và địa chỉ của người bạn đời hiện tại, bạn bè, hoặc họ hàng.

TÊN	MỐI QUAN HỆ	ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG? MÃ ZIP	SỐ ĐIỆN THOẠI

Có sự thăm nom bạn trẻ không? CÓ KHÔNG Nếu "CÓ", bao nhiêu lần một tháng?

Có các bốn phận hỗ trợ trẻ em nào khác không? CÓ KHÔNG Nếu "CÓ", hãy cho biết số tiền: \$

Có (những) đứa trẻ vị thành niên nào khác trong gia đình không? CÓ KHÔNG Nếu "CÓ", bao nhiêu đứa trẻ?

Tình trạng hôn nhân hiện tại: Độc thân Kết hôn Ly dị Ly thân Sống với một người khác

Tôi yêu cầu các dịch vụ của Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em nhằm giúp tôi trong các nỗ lực sau: (Đánh dấu tất cả những khoản được áp dụng)

<input type="checkbox"/> Thiết lập tư cách làm cha	<input type="checkbox"/> Sửa đổi một lệnh hỗ trợ trẻ em đã có sẵn	<input type="checkbox"/> Không cần phải thi hành bảo hiểm y tế vào lúc này. Những đứa trẻ đang có bảo hiểm y tế thỏa mãn thông qua: <input type="checkbox"/> Người cha hoặc mẹ chăm sóc con <input type="checkbox"/> Người cha hoặc mẹ không chăm sóc con
<input type="checkbox"/> Đạt được lệnh hỗ trợ trẻ em	<input type="checkbox"/> Đạt được lệnh bảo hiểm y tế	
<input type="checkbox"/> Thi hành một lệnh đã có hỗ trợ trẻ em và bạn đời (kể cả các khoản nợ trước đây)	<input type="checkbox"/> Thi hành một lệnh bảo hiểm y tế đã có sẵn	

Tôi đăng ký dịch vụ hỗ trợ theo Chương trình Hỗ trợ Trẻ em thuộc Quyển IV-D của Đạo luật Bảo hiểm Xã hội. Tôi cam đoan rằng bảng câu hỏi điều tra này đã được tôi kiểm tra và mang tính trung thực và chính xác ở mức cao nhất với kiến thức và sự tin tưởng tôi; nếu có sự khai man tôi xin chịu hình phạt (Bộ luật về Hình phạt, Mục 118).

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ	NGÀY
--------------------------	------

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN I)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

Hãy hoàn thành mẫu đơn này theo khả năng tốt nhất của quý vị.

TÊN VỤ VIỆC

Tuyên bố Quyền riêng tư

Đạo luật Các hoạt động Thông tin năm 1977 (Bộ luật Dân sự Mục 1798:17) và Đạo luật về Quyền Riêng tư của Liên bang năm 1974 (Luật Công 93-579) quy định rằng thông tin này phải được cung cấp khi thu thập thông tin cá nhân từ các cá nhân. Thông tin được yêu cầu trên mẫu đơn này, bao gồm Số Bảo hiểm Xã hội, được sử dụng bởi Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em (DCSS) nhằm xác định danh tính và trao đổi liên lạc với quý vị. DCSS được yêu cầu, theo Mục 466(a)(13) của Đạo luật an ninh Xã hội, để thu thập Số Bảo hiểm Xã hội của bất cứ cá nhân nào là đối tượng của quyết định ly hôn, lệnh hỗ trợ, hoặc xác định hoặc thừa nhận quan hệ cha con. Thông tin về Số Bảo hiểm Xã hội là bắt buộc và sẽ được lưu giữ hồ sơ tại cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương để xác định vị trí và danh tính của các cá nhân và các tài sản với mục đích thiết lập, sửa đổi, và thi hành các bổn phận hỗ trợ trẻ em. Việc đăng ký một đứa trẻ với bảo hiểm sức khỏe có thể đòi hỏi công bố Số Bảo hiểm Xã hội của đứa trẻ và địa chỉ nhận thư của nhà tuyển dụng của người cha hoặc mẹ kia hoặc đưa Số Bảo hiểm Xã hội của đứa trẻ cho người cha hoặc mẹ kia. Thông tin về vụ việc của quý vị có thể được thảo luận với hoặc gửi lên Tiểu bang, các cơ quan công khác mà có thể nhận thông tin đó một cách hợp pháp, và gửi đến cha hoặc mẹ kia hoặc luật sư của ông ta/bà ta ở mức độ được luật pháp qui định.

1. Hãy điền vào thông tin cá nhân dành cho người mẹ như sau.

Tên người Mẹ		Ngày sinh của người Mẹ		
Địa chỉ	Phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Số Bảo hiểm xã hội	Điện thoại nhà riêng	Điện thoại cơ quan	Số nhắn tin	

2. Hãy điền vào thông tin cá nhân dành cho đứa trẻ như sau.

Tên của đứa trẻ	Ngày sinh (hoặc ngày sinh dự tính)
Nơi sinh	Số Bảo hiểm Xã hội

3. Hãy điền vào thông tin cá nhân dành cho người cha như sau.

Tên của người cha		Ngày sinh				
Địa chỉ được biết đến lần cuối địa chỉ	Phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip		
Điện thoại được biết đến lần cuối	Điện thoại	Nhà riêng	Nơi làm việc	Tin nhắn		
Nhà tuyển dụng được biết đến lần cuối (Loại hình, Tên doanh nghiệp)						
Địa chỉ của Nhà tuyển dụng được biết đến lần cuối						
Mô tả cơ thể mô tả	Chiều cao	Cân nặng	Màu tóc	Màu mắt	Nước da	Chủng tộc

**4. Có các lệnh của tòa án định danh người cha của đứa trẻ không?
Nếu có, xin vui lòng giải thích dưới đây:** Có Không

Tên tòa án	Ngày ra phán quyết	Mã số Vụ việc:
------------	--------------------	----------------

(Tên của người cha nếu được xác định bởi tòa án và địa chỉ nếu khác với địa chỉ ở trên)

Kết quả:

Số tiền hỗ trợ trẻ em được quyết định:

Nếu tòa án đã xác định tư cách làm cha, hoặc Bản khai Tư cách làm cha đã ký được đệ trình lên Tiểu bang California, sẽ không có câu hỏi nào khác được yêu cầu. Ký ở cuối đơn.

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN I)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

**5. Quý vị có kết hôn khi mang bầu không?
Nếu có, xin vui lòng giải thích dưới đây:** Có Không

Tên của người chồng

Quý vị có sống cùng với chồng vào thời
điểm quý vị có bầu không? Có Không

Quý vị chia tay khi nào?

Chồng của quý vị có bị liệt dương hoặc vô
sinh vào thời điểm quý vị có bầu không? Có Không**Nếu quý vị đang sống với chồng của quý vị vào thời điểm quý vị có bầu và ông ta không bị liệt dương hoặc vô sinh, khi đó không có câu trả lời nào được yêu cầu nữa, hãy ký ở dưới. Nếu không, hãy hoàn thành PHẦN II sau khi ký ở dưới.****6. Chú thích****Tôi cam đoan rằng thông tin trên đơn này là sự thật với tất cả kiến thức và niềm tin của tôi, nếu có sự khai man tôi sẽ phải chịu hình phạt.**

Chữ ký

THÁNG/NGÀY/NĂM

Được thực hiện tại

Thành phố

Hạt:

Tiểu bang

Ghi chú: Nếu quý vị đã ký bên ngoài Tiểu bang California, đơn này cần được công chứng.

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN I)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

Nếu người cha của (những) đứa con của quý vị đi cùng với quý vị đến buổi phỏng vấn và sẽ thừa nhận về mặt pháp lý mối quan hệ cha con và hợp tác trong việc thiết lập tư cách làm cha, quý vị không cần thiết phải điền vào Phần II và III.		TÊN VỤ VIỆC
1. Tên người Mẹ		
2. Ngày quý vị có bầu		Ở đâu?
Tại sao quý vị tin rằng ngày này là chính xác?		
3. Hãy viết tên người cha được liệt kê trên giấy khai sinh		
Nếu người này không phải là người được nêu tên trong PHẦN I, Câu hỏi 3, hãy giải thích.		
4. Người cha có đồng ý sử dụng tên của ông ta trên giấy khai sinh của con của quý vị không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
5. Người cha đã bao giờ nhìn thấy đứa trẻ chưa?		Nếu Có, ông ta đã nói gì hoặc làm gì?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
6. Người cha có đưa cho quý vị bất cứ khoản tiền hoặc vật phẩm nào cho đứa trẻ không?		Giải thích:
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
7. Người cha đã bao giờ sống với đứa trẻ chưa?		Nếu Có, khi nào và ở đâu?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
8. Người cha đã bao giờ thừa nhận rằng đứa trẻ là con của ông ta chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Giải thích:
Hãy điền tên và địa chỉ của những người mà người cha đã thừa nhận mối quan hệ cha con với họ.		
9. Người cha có sẵn sàng ký vào bản tuyên bố thừa nhận rằng ông ta là cha không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
10. Quý vị đã bao giờ nhận được thư từ (thiếp và thư) từ người cha nhắc đến việc mang thai của quý vị, nhắc đến quý vị như người mẹ, hoặc nhắc đến đứa trẻ không?		Khi nào?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ông ta đã nói gì		

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN II)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

11. Quý vị và người cha đã bao giờ sống cùng nhau chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, hãy đưa ra thời gian.
(Những) ngày và (các) địa chỉ:	
12. Quý vị và người cha có cưới nhau không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, ngày cưới là ngày nào
Ngày chia tay	
13. Quý vị có bất cứ quan hệ tình dục với người nào nữa trong tháng, tháng trước hoặc tháng sau khi quý vị có bầu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu Có, hãy đưa (các) tên và (các) địa chỉ.
14. Chú thích	

Tôi cam đoan theo hình phạt về việc khai man trước tòa rằng thông tin trên đơn này là sự thực với tất cả kiến thức và niềm tin của mình.

Chữ ký	Ngày Tháng Năm Đã ký
Được thực hiện tại Thành phố Hạt:	Tiểu bang

Ghi chú: Nếu quý vị đã ký bên ngoài Tiểu bang California, đơn này cần được công chứng.

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN III)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

Nếu người cha của (những) đứa con của quý vị đi cùng với quý vị đến buổi phỏng vấn và sẽ thừa nhận về mặt pháp lý mối quan hệ cha con và hợp tác trong việc thiết lập tư cách làm cha, quý vị không cần thiết phải điền vào Phần II và III.		TÊN VỤ VIỆC
1. Tên của người Mẹ	Tên của người Cha	
2. Tại sao quý vị tin rằng người này là cha của con của quý vị?		
3. Quý vị bắt đầu hẹn hò với cha của đứa trẻ của quý vị khi nào?		
4. Khi nào và ở thành phố hoặc thị trấn nào quý vị lần đầu tiên quan hệ tình dục với người cha?		
5. Khi nào và ở thành phố hoặc thị trấn nào quý vị lần đầu tiên quan hệ tình dục với người cha?		
6. Hãy đưa (các) tên và (các) địa chỉ của những người (bạn bè họ hàng, hàng xóm, chủ nhà) đã từng nhìn thấy quý vị cùng với người cha và họ đã nhìn thấy các quý vị khi nào:		
7. Quý vị đã bao giờ đăng ký vào sổ ở một nhà khách hoặc khách sạn với người cha không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu Có, khi nào và ở đâu?		
Hãy đưa (các) tên và (các) địa chỉ của bất cứ ai đã nhìn thấy các quý vị ở đó cùng nhau.		
8. Người làm cha đã bao giờ sử dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu Có, hãy liệt kê các biện pháp đã sử dụng.
9. Ngày của kỳ kinh cuối cùng của quý vị trước kỳ thai này là ngày nào?		
10. Đứa trẻ lúc sinh ra cân nặng bao nhiêu?		
11. Tên của người bác sỹ của quý vị trong thời gian mang thai là gì?		
Địa chỉ của Bác sỹ:		
12. Người làm cha có được thông báo về việc mang thai của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Qua người nào?
Ông ta đã nói gì?		
Người nào nữa có mặt khi người cha được thông báo?		
13. Quý vị có bao giờ thảo luận với người làm cha về điều kiện mang thai của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Ông ta đã nói gì?
Ai nữa đã nghe được các buổi thảo luận?		
14. Người cha có bao giờ thanh toán hay hứa thanh toán bất cứ khoản tiền nào khác cho quý vị trong thời gian quý vị mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Giải thích:

BẢNG CÂU HỎI MẬT VỀ MỐI QUAN HỆ CHA CON (PHẦN III)

DCSS 0095 VIE (08/16/04)

15. Người cha có bao giờ thanh toán hay hứa thanh toán cho bất cứ bác sỹ, bệnh viện hoặc hóa đơn y tế liên quan đến việc mang thai của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giải thích:
16. Quý vị có bao giờ viết thư cho người làm cha đến cập đến đứa trẻ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khi nào?
Quý vị đã nói gì?	
17. Đứa trẻ có giống như người cha không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giống thế nào?
18. Người cha có bao giờ khai về đứa trẻ trên thuế thu nhập của ông ta không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Khi nào?

19. Chú thích

Tôi cam đoan theo hình phạt về việc khai man trước tòa rằng thông tin trên đơn này là sự thực với tất cả kiến thức và niềm tin của mình.

Chữ ký	Ngày, Tháng, Năm Đã ký
Được thực hiện tại	Thành phố
Hạt	Tiểu bang

Ghi chú: Nếu quý vị đã ký bên ngoài Tiểu bang California, đơn này cần được công chứng.

YÊU CẦU DỊCH VỤ HỖ TRỢ

DCSS 0055 VIE (08/16/04)

Mã số Vụ việc CSE:

HƯỚNG DẪN: *Hãy đọc cẩn thận trước khi ký từng phần dưới đây. Chúng tôi chỉ có thể mở vụ việc cho quý vị khi có chữ ký của quý vị ở cả hai phần.*

Tôi muốn cơ quan dịch vụ hỗ trợ trẻ em tại địa phương giúp tôi có được lệnh hỗ trợ trẻ em để thiết lập mối quan hệ cha con cho (những) đứa trẻ hoặc thi hành yêu cầu hỗ trợ mà tôi đã có.

Tôi hiểu rằng tôi đang đăng ký các dịch vụ này trong Chương trình Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em thuộc Quyển IV-D của Đạo luật Bảo hiểm Xã hội.

Tôi sẽ cho cơ quan hỗ trợ trẻ em biết ngay lập tức:

- Khi từng đứa trẻ kết hôn.
- Khi từng đứa trẻ đạt 19 tuổi hoặc khi đứa trẻ đạt 18 tuổi và không phải là sinh viên chính quy, bất kể điều gì xảy ra trước.
- Nếu địa chỉ nhà riêng, địa chỉ thư hoặc số điện thoại của tôi thay đổi.
- Nếu nhà tuyển dụng của tôi, bao gồm tên, địa chỉ, và số điện thoại thay đổi.
- Nếu thu nhập của tôi thay đổi.
- Nếu tình trạng, chi phí hoặc phạm vi bảo hiểm sức khỏe của tôi thay đổi.
- Nếu bất kỳ thông tin gì liên quan đến nơi ở của (những) người cha hoặc mẹ kia thay đổi.
- Nếu (những) người cha mẹ cùng quay lại với những đứa trẻ, hoặc
- Nếu có bất kỳ sự thay đổi nào về sự giám hộ, chăm sóc hoặc thăm nom.

Tôi nhận thức được rằng cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương không đại diện cho tôi, người cha hoặc mẹ kia, hoặc bọn trẻ, là đối tượng của vụ việc này. Không có mối quan hệ luật sư-khách hàng nào tồn tại giữa cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương và tôi, người cha hoặc mẹ kia, hay bọn trẻ. Không có mối quan hệ luật sư-khách hàng nào sẽ nảy sinh nếu cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương cung cấp các dịch vụ hỗ trợ mà tôi đã yêu cầu.

Tôi cam đoan rằng tôi đã đọc, hiểu, và đồng ý với tất cả các điều khoản được trình bày ở trên và tôi sẽ chịu phạt nếu có sự khai man.

TÊN IN HOA

CHỮ KÝ

NGÀY

Trang trống

Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em theo yêu cầu của luật pháp phải gửi thông tin về vụ việc hỗ trợ trẻ em cho chính phủ liên bang. Chính phủ liên bang duy trì một cơ sở dữ liệu chứa tất cả các vụ việc hỗ trợ trẻ em trên toàn quốc. Khi nhận được yêu cầu, chính phủ liên bang sẽ cung cấp thông tin về vụ việc cho các cơ quan hỗ trợ trẻ em khác; tuy nhiên, nếu quý vị hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này là nạn nhân của bạo hành gia đình, quý vị có thể không muốn công bố thông tin về vụ việc của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng việc công bố thông tin về vụ việc của quý vị cho chính phủ liên bang có thể gây hại về thể chất hoặc cảm xúc cho quý vị hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này, hãy điền dữ liệu vào Bảng phỏng vấn Bạo hành Gia đình (DCSS 0048) và gửi bảng phỏng vấn đó đến Cơ quan Hỗ trợ Trẻ em Địa phương. Quý vị phải điền thông tin đầy đủ vào mẫu đơn này để xử lý yêu cầu của quý vị.

Xin quý vị vui lòng gửi đơn hoàn chỉnh đến: Cơ quan Hỗ trợ Trẻ em Địa phương

Nếu quý vị hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này không phải là nạn nhân của bạo hành gia đình, quý vị không phải gửi đơn này. Cũng vậy, một điều quan trọng là phải hiểu rằng luật pháp không cho phép DCSS công bố thông tin cá nhân của quý vị trong vụ việc này cho đối tác bên kia nếu không có lệnh của tòa án. Tuy nhiên, một số tài liệu có chứa thông tin cá nhân của bạn có thể được gửi cho tòa án.

Xin quý vị vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại 1-866-901-3212 cùng với mã số vụ việc ở trên nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

Trang trống

BẢNG CÂU HỎI ĐIỀU TRA VỀ BẠO LỰC GIA ĐÌNH

DCSS 0048 VIE (11/08/05)

HƯỚNG DẪN: Nếu quý vị không hoàn thành và gửi lại cho chúng tôi mẫu đơn này, Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em, hoặc chính phủ liên bang, có thể cung cấp thông tin về vụ việc của quý vị cho tòa án, các cơ quan hỗ trợ trẻ em, và có thể cho người cha hoặc mẹ hoặc đối tác bên kia của (những) đứa trẻ.

Tên của quý vị: _____ Mã số Vụ việc: _____

Tên của đối tác bên kia: _____

PHẦN I: Hãy đánh dấu vào ô thích hợp cho mỗi câu hỏi.

1. Đã bao giờ bạn hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc ngược đãi trẻ em gây ra bởi đối tác bên kia trong vụ việc hỗ trợ trẻ em này? Có Không
2. Bạn có nhận được các lệnh giam giữ, lệnh bảo vệ khẩn cấp hoặc lệnh giữ khoảng cách chống lại đối tác bên kia trong vụ việc hỗ trợ trẻ em này không? Có Không
- Nếu có, xin quý vị vui lòng gửi kèm bản sao của lệnh này và cung cấp các thông tin sau:**

Hạt/Bang: _____ Mã số Lệnh/Phiếu ghi án: _____

Ngày hết hạn: _____

3. Nếu quý vị hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này nhận được sự trợ giúp công, quý vị có muốn cơ quan phúc lợi xem xét lại vụ việc này để xác định tiêu chuẩn hợp lệ đóng vụ việc hỗ trợ vì có nguy cơ gây hại về mặt thể chất, tình dục, hoặc cảm xúc gia tăng đối với quý vị hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này, bởi đối tác bên kia? Điều này được gọi là có "lý do chính đáng" để đóng vụ việc hỗ trợ. Có Không

PHẦN II: Quý vị PHẢI hoàn thành phần này nếu quý vị trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào trong PHẦN I.

Xin quý vị vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về bạo hành gia đình bao gồm ngày, giờ, địa điểm và nhân chứng. (Viết thêm các trang nếu cần).

BẢNG CÂU HỎI ĐIỀU TRA VỀ BẠO LỰC GIA ĐÌNH

DCSS 0048 VIE (11/08/05)

PHẦN III: Nếu thấy thích hợp, xin quý vị vui lòng đánh dấu ô dưới đây, ký tên, điền ngày tháng, và gửi mẫu đơn này đến:

Cơ quan Hỗ trợ Trẻ em Địa phương

- Việc công bố địa chỉ của tôi hoặc các thông tin khác xác định nơi ở của tôi có thể có hại cho tôi hoặc (những) đứa trẻ trong vụ việc này. Tôi yêu cầu không cung cấp địa chỉ của tôi hoặc các thông tin định danh khác cho đối tác bên kia trong vụ việc này. Yêu cầu này sẽ giữ nguyên hiệu lực cho đến khi tôi cho Cơ quan Hỗ trợ Trẻ em Địa phương biết bằng văn bản rằng họ có thể công bố thông tin của tôi, và Cơ quan Hỗ trợ Trẻ em Địa phương thông báo cho tôi biết rằng họ đã nhận được yêu cầu của tôi. Tôi hiểu rằng theo luật pháp liên bang, một nhân viên có thẩm quyền có thể đưa ra một yêu cầu bằng văn bản cho tòa án, nơi có quyền xét xử để đưa ra hoặc thi hành các quyết định hỗ trợ hoặc thăm nom trẻ em, công bố thông tin của tôi. Cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương sẽ cho tôi biết bằng văn bản nếu tòa án ra lệnh công bố bất kỳ thông tin nào về vụ việc của tôi.

Tôi cam đoan thông tin ở trên là trung thực và chính xác, nếu có sự khai man tôi xin chịu các hình phạt theo luật pháp của Tiểu bang California.

TÊN VIẾT HOA

CHỮ KÝ

NGÀY

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Đạo luật về Hoạt động Thông tin năm 1997 (Bộ luật Dân sự §1798.17) và Đạo luật của Liên bang về Quyền riêng tư năm 1974 (Mục 5, Bộ luật Liên bang Hoa kỳ §552a(e)(3), Ghi chú §7) yêu cầu phải đưa ra thông báo này khi thu thập thông tin cá nhân từ các cá nhân. Thông tin được yêu cầu trên mẫu đơn này được sử dụng bởi Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em và các cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương với mục đích bảo vệ không để lộ thông tin trong các tình huống nội bộ gia đình và/hoặc ngược đãi trẻ em. Thông tin do quý vị cung cấp có thể được gửi cho chính phủ liên bang, và các cơ quan đại chúng khác ở mức độ theo yêu cầu của luật pháp. Việc không cung cấp thông tin này sẽ hạn chế khả năng của DCSS trong việc bảo vệ thông tin của quý vị.

Nhân viên có trách nhiệm duy trì mẫu đơn này là: **Nhân viên Hỗ trợ DCSS, PO Box 419064, MS-70, Rancho Cordova, CA 95741, fax number (916) 464-5064.** Tài liệu tham khảo pháp lý cho phép thu thập và duy trì thông tin cá nhân này bao gồm Mục 22 Bộ luật các Quy định của California §§112110(h), 112300, 112301, và 112302, cũng như Bộ luật Gia đình §17212. Các bản sao của mẫu đơn này được duy trì trong các hồ sơ bí mật của Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em hoặc các cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương trong 4 năm và 4 tháng sau khi đóng hồ sơ vụ việc hỗ trợ trẻ em của quý vị. Quý vị có quyền tiếp cận mẫu đơn này theo yêu cầu bằng cách gửi fax đến **(916) 464-5064.**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc mối quan tâm nào liên quan đến thông báo này, xin vui lòng gọi điện thoại cho chúng tôi theo số 1-866-901-3212.

Xác minh việc Thăm nom

DCSS 0053 VIE (08/29/05)

Mã số Vụ việc CSE:

Tên người viết đơn:	Tôi là <input type="checkbox"/> Bên Chăm sóc <input type="checkbox"/> Cha hoặc mẹ không chăm sóc
---------------------	--

PHẦN 1. SỰ THĂM NOM THỰC TẾ BỞI CHA MẸ KHÔNG CHĂM SÓC**HƯỚNG DẪN:**

Điền thông tin quá trình thăm nom trong 12 tháng qua bằng cách điền vào 12 tháng cuối cùng và số giờ trong mỗi tháng mà người cha hoặc mẹ không chăm sóc đã thăm (những) đứa trẻ.

Ví dụ: Nếu 12 tháng cuối cùng là từ tháng Sáu 2002 đến tháng Năm 2003, quý vị sẽ điền vào từ tháng Sáu đến tháng Mười hai ở phần bên trái của bảng dưới đây. Quý vị sẽ điền vào năm 2002. Sau đó quý vị điền vào phần bên phải của bảng từ tháng Một đến tháng Năm và điền vào năm 2003.

THÁNG/NĂM	SỐ GIỜ MỖI THÁNG CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC ĐÃ THĂM (NHỮNG) ĐỨA TRẺ	THÁNG/NĂM	SỐ GIỜ MỖI THÁNG CHA HOẶC MẸ KHÔNG CHĂM SÓC ĐÃ THĂM (NHỮNG) ĐỨA TRẺ
Tháng Một/		Tháng Một/	
Tháng Hai/		Tháng Hai/	
Tháng Ba/		Tháng Ba/	
Tháng Bốn/		Tháng Bốn/	
Tháng Năm/		Tháng Năm/	
Tháng Sáu/		Tháng Sáu/	
Tháng Bảy/		Tháng Bảy/	
Tháng Tám/		Tháng Tám/	
Tháng Chín/		Tháng Chín/	
Tháng Mười/		Tháng Mười/	
Tháng Mười Một/		Tháng Mười Một/	
Tháng Mười Hai/		Tháng Mười Hai/	
	TỔNG SỐ GIỜ:		TỔNG SỐ GIỜ:

PHẦN 2. CÙNG CHĂM SÓC/THĂM NOM

HÃY ĐÁNH DẤU MỘT LỰA CHỌN: Cùng chăm sóc Chỉ thăm nom Không làm gì

SỐ GIỜ THĂM NOM:

Thăm nom thường xuyên:

Từ (chỉ ra ngày trong tuần) lúc (chỉ ra thời gian) (Khoanh tròn một lựa chọn) sáng/chiều

Đến (chỉ ra ngày trong tuần) lúc (chỉ ra thời gian) (Khoanh tròn một lựa chọn) sáng/chiều

Thăm nom vào kỳ nghỉ: Có Không
Nếu Có, xin vui lòng chỉ ra ngày/giờ:

Thăm nom vào mùa hè: Có Không
Nếu Có, xin vui lòng chỉ ra ngày/giờ:

Thăm nom qua đêm: Có Không
Nếu có, xin vui lòng chỉ ra ngày/giờ:

Sắp xếp chăm sóc/thăm nom theo lệnh của tòa án: Có Không

Thông tin bổ sung:

Tôi cam đoan với tất cả kiến thức và sự tin tưởng tốt nhất của tôi rằng thông tin trên là trung thực và chính xác. Tôi biết rằng thông tin này có thể được cung cấp cho người cha mẹ kia để kiểm tra và rằng một trong hai bên có thể được yêu cầu cung cấp tài liệu.

TÊN VIẾT HOA

CHỮ KÝ

NGÀY

THÔNG TIN BẢO HIỂM SỨC KHỎE

DCSS 0054 VIE (04/27/05)

Hạt:	Điện thoại :	Mã số Vụ việc LCSEA:
Cha mẹ không chăm sóc:		
Tên đầy đủ (Tên, Đệm, Họ, Chức danh)	Tôi là <input type="checkbox"/> Bên chăm sóc <input type="checkbox"/> Nhà tuyển dụng	<input type="checkbox"/> Cha hoặc mẹ không chăm sóc
Địa chỉ (Đường phố)	Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip	
Điện thoại	Số bảo hiểm xã hội	
Nhà tuyển dụng (Tên, đường phố, thành phố, tiểu bang, mã zip, số điện thoại)		

HƯỚNG DẪN: Xin quý vị vui lòng hoàn thành **PHẦN I** nếu bảo hiểm y tế được cung cấp hoặc sẵn có bởi cha hoặc mẹ không chăm sóc hoặc nhà tuyển dụng. **PHẦN II** đề cập đến bảo hiểm của người cha mẹ kia. Nhà tuyển dụng chỉ điền thông tin vào Phần I và III. Xin quý vị vui lòng ký tên và ghi ngày cho đơn hoàn chỉnh.

PHẦN I: BẢO HIỂM Y TẾ CỦA QUÝ VỊ

BẢO HIỂM Y TẾ:		
Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.
Công ty hoặc Hiệp hội Bảo hiểm Sức khỏe (hãy cung cấp Mã số Địa phương của Hiệp hội)	Được cung cấp bởi: <input type="checkbox"/> Bên chăm sóc <input type="checkbox"/> Nhà tuyển dụng	<input type="checkbox"/> Cha mẹ không chăm sóc <input type="checkbox"/> Tổ chức khác: Mối quan hệ:
Địa chỉ Công ty Bảo hiểm: Đường phố, Số căn hộ hoặc Số đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu đến bù)		Số điện thoại (cả Mã vùng)
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
		Số hợp đồng bảo hiểm
Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần	
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần	
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần	
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$

(Những) người phụ thuộc hiện đang nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Sức khỏe

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Sức khỏe của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm trang này.
- Không có đối với những người phụ thuộc

Hợp đồng bảo hiểm chi trả những khoản sau: (Đánh dấu tất cả những khoản được áp dụng)

- Khám bệnh Medicare bổ sung Các bệnh cụ thể Thuốc theo đơn
- Chăm sóc lâu dài Điều trị nội trú Điều trị ngoại trú
(vd: xét nghiệm, vật lý trị liệu) Điều trị khác
(Hãy chỉ ra):

BẢO HIỂM RĂNG:

Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Răng không? Có Không Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.

Công ty Bảo hiểm Răng

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Răng: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Hợp đồng bảo hiểm
Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$	

(Những) người phụ thuộc hiện đang nằm trong Phạm vi Bảo Răng

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm Xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong phạm vi Bảo hiểm Răng của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm trang này.
- Không có đối với những người phụ thuộc

BẢO HIỂM MẮT:

Hiện tại quý vị có Bảo hiểm Mắt không? Có Không Nếu Có, hãy điền tiếp sau đây.

Công ty Bảo hiểm Mắt

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Mắt: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Hợp đồng bảo hiểm
Số tiền phí bảo hiểm \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền quý vị thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền nhà tuyển dụng thanh toán \$	Hãy chọn một lựa chọn: <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nửa tháng một lần		
Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của nhân viên \$	Số tiền khấu trừ áp dụng cho phần Bảo hiểm Sức khỏe của người phụ thuộc \$	Chi phí thêm vào mỗi đứa trẻ \$	

(Những) người phụ thuộc nằm trong Phạm vi Bảo hiểm Mắt

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Số Bảo hiểm Xã hội	Giới tính	Ngày sinh	Số hợp đồng bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Xin vui lòng đánh dấu ô này nếu tên và số hợp đồng bảo hiểm của những người phụ thuộc bổ sung nằm trong phạm vi của Bảo hiểm Mắt của quý vị được liệt kê trên một trang riêng. Hãy đính kèm bảng này.
- Không dành cho những người phụ thuộc

PHẦN II: BẢO HIỂM CỦA CHA MẸ KIA

BẢO HIỂM Y TẾ:

Người cha hoặc mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Y tế cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, xin quý vị vui lòng điền vào thông tin sau.

Công Ty bảo hiểm Sức khỏe

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

BẢO HIỂM RĂNG:

Cha mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Răng cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, hãy điền vào các thông tin sau.

Công ty Bảo hiểm Răng

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Răng: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

BẢO HIỂM MẮT:

Cha mẹ kia hiện tại có cung cấp Bảo hiểm Mắt cho (những) đứa trẻ hoặc cho quý vị không? Có Không
Nếu Có, hãy điền vào các thông tin sau

Công ty Bảo hiểm Mắt

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm Mắt: Đường phố, Số phòng hoặc Số Đơn vị (Địa chỉ nhận thư yêu cầu bảo hiểm)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

PHẦN III: (BẮT BUỘC PHẢI ĐIỂN THÔNG TIN)

- Tôi gửi kèm theo (các) thẻ bảo hiểm/thông tin về phí bảo hiểm cho (những) đứa trẻ.
- Vào lúc này tôi không có thẻ bảo hiểm/thông tin về phạm vi bảo hiểm cho (những) đứa trẻ. Tôi sẽ gửi thông tin tới quý vị khi tôi nhận được thông tin từ công ty bảo hiểm.
- Vào lúc này tôi không có hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe, tôi sẽ phải đưa (những) đứa trẻ của tôi vào hợp đồng bảo hiểm và sau đó thông báo cho cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương về hợp đồng này. Tôi không có bảo hiểm vì:
- Không được cấp Theo thời vụ Bán thời gian Đăng ký bảo hiểm bị từ chối Chi phí không hợp lý Đang trong giai đoạn/ngày thử việc

TUYÊN BỐ QUYỀN RIÊNG TƯ

Đạo luật về Hoạt động Thông tin năm 1997 (Bộ luật Dân sự Mục 1798.17) và Đạo luật về Quyền riêng tư của Liên bang năm 1974 (Luật công 93-597) yêu cầu phải đưa ra thông báo này khi thu thập thông tin cá nhân từ các cá nhân. Thông tin đưc yêu cầu trên mẫu đơn này, bao gồm Số Bảo hiểm Xã hội, được sử dụng bởi Bộ Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em (DCSS) vì nhằm xác định danh tính và liên lạc với quý vị. Theo Mục 466(a)(13) của Đạo luật Bảo hiểm Xã hội, DCSS phải thu thập Số Bảo hiểm Xã hội của bất kỳ cá nhân nào liên quan đến quyết định ly dị, lệnh hỗ trợ, hoặc xác định hay thừa nhận tư cách làm cha.

Thông tin Số Bảo hiểm Xã hội là bắt buộc và sẽ được lưu giữ hồ sơ tại cơ quan hỗ trợ trẻ em tại địa phương để xác định vị trí và danh tính của các cá nhân và các tài sản với mục đích thiết lập, sửa đổi, và thi hành các bổn phận hỗ trợ trẻ em. Đăng ký một đứa trẻ trong một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe có thể yêu cầu việc công bố Số Bảo hiểm Xã hội của đứa trẻ và địa chỉ thư cho nhà tuyển dụng của người cha hoặc mẹ bên kia hoặc công bố Số Bảo hiểm Xã hội cho người cha hoặc mẹ bên kia.

Thông tin trong vụ việc của quý vị có thể được thảo luận cùng với hoặc cung cấp cho Tiểu bang, các cơ quan khác có thể nhận thông tin đó một cách hợp pháp, và cho người cha hoặc mẹ bên kia hoặc luật sư của anh ấy/cô ấy ở mức độ theo yêu cầu của luật pháp.

CHỮ KÝ

NGÀY

TÊN VIẾT HOA

SỐ ĐIỆN THOẠI (có Mã vùng)

CHỨC DANH

Trang trống

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="margin-left: 20px;">If mortgage:</p> <p style="margin-left: 40px;">(a) average principal: \$ _____</p> <p style="margin-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 *(specify below)*: \$ _____

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

Amount per month For how many months?

- a. Extraordinary health expenses not included in 18b. \$ _____
- b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss) \$ _____
- c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me \$ _____
- (2) Names and ages of those children *(specify)*:

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

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

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

HƯỚNG DẪN HOÀN THÀNH KHAI

BÁO QUÁ TRÌNH THANH TOÁN HỖ TRỢ

Mặt sau của trang này là khai báo của quý vị về quá trình thanh toán hỗ trợ cho vụ việc của quý vị. Quý vị được yêu cầu hoàn thành việc phân chia theo từng tháng, từng năm các khoản tiền hỗ trợ phải trả (theo phán quyết của tòa án) và số tiền trong mỗi lần thanh toán. Số liệu này sẽ giúp xác định số tiền hỗ trợ phải trả quá hạn đang bị nợ, nếu có.

Quý vị phải hoàn thành một trang riêng (hoặc nhiều trang) cho các chi phí hỗ trợ trẻ em, hỗ trợ người bạn đời, hỗ trợ gia đình, hỗ trợ y tế, hỗ trợ y tế không hoàn lại, và các dạng hỗ trợ khác không được liệt kê. **KHÔNG gộp hỗ trợ trẻ và hỗ trợ người bạn đời trừ khi lệnh tòa án của quý vị gộp hai khoản thanh toán hỗ trợ này thành lệnh hỗ trợ "gia đình".**

Trong cột Số tiền Phán quyết, hãy điền vào số tiền hỗ trợ đã chuyển thành khoản nợ hàng tháng kể từ khi phán quyết tòa án của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Nếu có sự thay đổi đối với lệnh tòa án của quý vị, hãy chắc chắn rằng số liệu từng tháng phản ánh số tiền nợ hỗ trợ chính xác.

Trong cột Số tiền Đã trả, hãy chỉ ra số tiền hỗ trợ theo đô-la đã được thanh toán trong tháng đó. Nếu có nhiều hơn một khoản thanh toán được thực hiện trong một tháng, hãy đưa vào tổng số tiền hỗ trợ tính theo đô-la đã được thanh toán. **Nhập số tiền đô-la bên cạnh tháng mà khoản thanh toán này đã được thực hiện, chứ không phải tháng hoặc những tháng mà khoản thanh toán này dự định chi trả.** Quý vị có thể đính thêm các bảng dữ liệu nếu cần thiết.

Lưu ý rằng khai báo này không mang tính bảo mật và có thể được đưa cho người cha hoặc mẹ kia trong vụ việc của quý vị để xem xét lại. Nếu có sự không đồng ý liên quan đến quá trình thanh toán, các bên có thể được yêu cầu trình bày bằng chứng thanh toán ở dạng các cuốn séc đã bị hủy, các giấy biên nhận, v.v.

Hãy hoàn thành Khai báo này một cách ngay ngắn và chính xác để bảo đảm rằng không có sai lầm hoặc hiểu lầm liên quan đến số tiền nợ hỗ trợ quá hạn, nếu có.

KHAI BÁO QUÁ TRÌNH THANH TOÁN HỖ TRỢ

Người hoàn thành đơn này (tên): _____

Tôi là bên chăm sóc

Người cha hoặc mẹ không chăm sóc

Quá trình Thanh toán Hỗ trợ cho (chọn một):

Đứa trẻ

Người bạn đời

Gia đình

Y tế

Các chi phí y tế không hoàn lại

Khác (hãy ghi rõ): _____

NĂM _____

NĂM _____

NĂM _____

	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ
Tháng Một						
Tháng Hai						
Tháng Ba						
Tháng Bốn						
Tháng Năm						
Tháng Sáu						
Tháng Bảy						
Tháng Tám						
Tháng Chín						
Tháng Mười						
Tháng Mười Một						
Tháng Mười Hai						

NĂM _____

NĂM _____

NĂM _____

	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ	SỐ TIỀN PHÁN QUYẾT	SỐ TIỀN ĐÃ TRẢ
Tháng Một						
Tháng Hai						
Tháng Ba						
Tháng Bốn						
Tháng Năm						
Tháng Sáu						
Tháng Bảy						
Tháng Tám						
Tháng Chín						
Tháng Mười						
Tháng Mười Một						
Tháng Mười Hai						

Tôi cam đoan rằng thông tin ở trên là trung thực và chính xác, nếu có sự khai man tôi xin chịu hình phạt theo luật pháp của Tiểu bang California. Tôi nhận thức được rằng thông tin này có thể được cung cấp cho người cha hoặc mẹ kia để kiểm tra và rằng một trong hai bên có thể được yêu cầu cung cấp tài liệu.

Chữ ký: _____

Ngày: _____