

Дополнительная информация о ребенке (Заявление)Заполнить форму, если у заявителя **более двух (2) детей с другим человеком, указанным в заявлении.**

Подается вместе с частями А и В заявления LDSS-5143

Имя ребенка № Имя Отчество Фамилия Суффикс SSN/ITIN Пол Жен. Муж. Недвойств./Прочее Дата рожд.: (Мес/Чис/Год) Нерожденный Ожидается **Имя родителя**Родит. 1 Имя Отчество Фамилия Родит. 2 Имя Отчество Фамилия **Место рождения**Больница Город Штат Страна **Кем приходится второй человек ребенку** Родитель Отчим/Мачеха Предпол. отец**Семейное положение родителей**

Состояли ли родители в браке до или после рождения ребенка?

 Да, в совместном Да, но не в совместном Нет НеизвестноЕсли **Да, в совместном**, перейдите к вопросам о **Распоряжении о содержании**. Или, перейдите к вопросам об **Установлении отцовства**.**Установление отцовства**

Было ли установлено отцовство?

 Да - Ответьте на вопросы об **Установлении отцовства**. № - Перейдите к вопросам о **Штате юрисдикции**.Вам **не нужно** отвечать на вопросы о **Штате юрисдикции**. Неизвестно - Перейдите к вопросам о **Штате юрисдикции**.

Как установили отцовство?

 Установлено в суде Название суда Признание отцовства

В каком округе, штате и стране установлено отцовство?

Округ Штат Страна Где был зачат ребенок? Штат Страна **Штат юрисдикции**Оплачивал ли пред. отец (AF) расходы по вынашиванию беременности или содержанию ребенка? Да Нет НеизвестноПроживал ли AF с ребенком в штате Нью-Йорк? Да Нет НеизвестноПроживает ли ребенок в штате Нью-Йорк в результате действий или указаний AF? Да Нет Неизвестно**Распоряжение о содержании**Выдано ли на ребенка распоряжение о содержании? Да Нет Неизвестно Если да, укажите дату. Есть ли распоряжение о мед. страховании? Да Нет Неизвестно**Сумма обязательства**\$ В неделю Раз в 2 недели В месяц 2 раза в месяц Прочее **Суд, выдавший распоряжение** Семейный Верховный Другой Округа Штат Страна **Информация о медицинской страховке.**Есть ли у ребенка медицинская страховка? Да Нет НеизвестноЕсли да, обозначьте тип страхования: Частное – перейдите к вопросам **Обеспечение мед. страхования**. Общественное – перейдите к вопросам **Обеспечение общественного страхования**.**Обеспечение мед. страхования**

Кто обеспечивает ребенка частным мед. страхованием?

 Совместно проживающий родитель Опекун Не проживающий совместно родитель/ Предполагаемый отец Отчим/Мачеха Неизвестно ПрочееСтраховая компания № полиса № группы Улица Этаж/Кв./Офис Город Штат ИНДЕКС **Обеспечение общественного страхования**

Вид общественного страхования:

 Медикэйд Программа Child Health Plus (CHPlus) Ежемесячные доплаты к CHPlus: \$ Прочее