

Wniosek do Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci o pomoc społeczną dla dziecka



Witamy!

Nowojorski Program Pomocy Społecznej dla Dzieci współpracuje z rodzicami i opiekunami w celu wzmocnienia rodzin i zapewnienia dzieciom wsparcia finansowego i medycznego, którego potrzebują.

Aby rozpocząć proces wnioskowania:

1. Zapoznaj się z **ważnymi informacjami o usługach Pomocy Społecznej dla Dzieci**, strony 1-4, i zachowaj ten dokument w swoich aktach.
2. Wypełnij i podpisz **część A - Skierowanie** (strony A-1 do A-4)
Aby otrzymać usługi pomocy, musisz podpisać wniosek.
3. Wypełnij **część B - Informacje o dziecku** (strony B-1 do B-2) dla każdego dziecka (jedno lub dwoje dzieci) z drugą stroną postępowania wymienioną w tym skierowaniu.
4. Jeśli masz więcej niż dwoje (2) dzieci z drugą stroną postępowania wymienioną w tym skierowaniu, zdobądź i wypełnij oddzielny formularz, **Dodatkowe Informacje o Dziecku (LDSS-5143B)** dla każdego dodatkowego dziecka lub kserokopię **strony B-1 z części B**.
5. Przejrzyj **część C - Dokumentacja uzupełniająca** (strona C-1) i złóż kopie wszystkich istotnych dokumentów wraz ze skierowaniem.

Tylko w celach informacyjnych

Ważne informacje na temat świadczeń usług pomocy społecznej dla dzieci

Przeczytaj strony 1-4 i zachowaj je w swoich aktach.

Definicje

Dziecko - osoba poniżej 21 roku życia, dla której wnioskuje się o pomoc.

Rodzic opiekuńczy (Custodial Parent) - rodzic sprawujący główną opiekę nad dzieckiem. W sprawach dotyczących równego podziału opieki nad dzieckiem jest to rodzic uprawniony do otrzymywania alimentów.

Opiekun (Guardian) - osoba niebędąca rodzicem, sprawująca fizyczną opiekę nad przynajmniej jednym dzieckiem poniżej 21 roku życia. Jeśli dziecko mieszka z opiekunem na co dzień, sprawuje on nad dzieckiem fizyczną opiekę.

Rodzic niebędący opiekunem (Noncustodial Parent) - rodzic zobowiązany do płacenia alimentów na dziecko.

Domniemany rodzic (Alleged Parent) - osoba, która może być genetycznym rodzicem dziecka, ale nie została jeszcze prawnie uznana za rodzica.

Rodzic zamierzony (Intended Parent) - osoba, która zamierza zostać prawnie związana jako rodzic dziecka pochodzącego z reprodukcji wspomaganą.

Kwalifikowalność

W stanie Nowy Jork oboje rodzice są zobowiązani do utrzymywania dziecka do czasu ukończenia przez nie 21 roku życia. Każdy **rodzic** lub **opiekun** co najmniej jednego dziecka w wieku poniżej 21 lat może ubiegać się o usługi związane z pomocą społeczną na dziecko. **Dziecko** w wieku poniżej 21 lat lub **rodzic nieposiadający stałego miejsca zamieszkania, rodzic domniemany lub rodzic zamierzony** również może ubiegać się o usługi związane z pomocą społeczną na dziecko.

Ochrona poufności

Program pomocy społecznej dla dzieci jest zobowiązany do ochrony prywatności, integralności, dostępu i wykorzystania Twoich danych osobowych (w tym danych dotyczących spraw przechowywanych w systemie komputerowym Programu pomocy społecznej dla dzieci). Udostępniamy Twój adres i inne informacje identyfikujące innym agencjom stanowym i federalnym wyłącznie w celu uzyskania pomocy społecznej dla dzieci lub w innych przypadkach dozwolonych przez prawo. **Informacje mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym z powodów dozwolonych przez prawo.**

Korzystanie z numerów Social Security: Akt Title IV-D Ustawy o Social Security wymaga, aby numery Social Security były wykorzystywane wyłącznie w celu odnalezienia rodziców, ustalenia ojcostwa lub rodzicielstwa, i/lub ustalenia, modyfikacji i wykonania nakazu płacenia alimentów; administracji pewnych programów świadczeń publicznych, lub w inny sposób dozwolony przez prawo. Ponadto, numery Social Security będą podlegały weryfikacji przez biura Social Security Administration.

Kwestie bezpieczeństwa

Należy przeczytać i odpowiedzieć na pytanie dotyczące bezpieczeństwa na stronie A-1 w części A - Wniosek. Jeśli zaznaczysz TAK na to pytanie, lokalne biuro Programu pomocy społecznej dla dzieci omówi z Tobą Twoje obawy i może pomóc Ci w wypełnieniu Oświadczenia o poufności adresu zamieszkania w sądzie. Możemy Ci również pomóc w zapobieganiu umieszczania Twojego adresu na dokumentach, które wysyłamy do sądu. Zakażemy ujawniania informacji o lokalizacji **na Twoją prośbę** lub jeśli dowiemy się, że:

- mieszkasz w schronisku dla ofiar przemocy domowej,
- posiadasz nakaz ochrony przed drugą stroną postępowania;
- posiadasz skierowanie w związku z przemocą domową lub inne pisemne oświadczenie od publicznego lub prywatnego usługodawcy, lub gdy
- Sąd ustalił, że kontakt z drugą stroną postępowania stwarza ryzyko fizycznej lub emocjonalnej krzywdy dla Ciebie lub dziecka.

Usługi

Ośrodek pomocy społecznej dla dzieci będzie świadczyć usługi w zakresie płacenia alimentów na dziecko, odpowiednie dla danego przypadku, zgodnie z prawem federalnym i prawem stanu Nowy Jork, przepisami i polityką. Przy Twojej pomocy i współpracy, usługi mogą być świadczone tak długo, jak długo płatności alimentów na dziecko są należne i zaległe. W zależności od potrzeb, świadczone są następujące usługi:

- **lokalizacja** drugiej strony postępowania, w tym uzyskanie informacji o adresach, zatrudnieniu, innych źródłach dochodu i majątku oraz pokryciu opieki zdrowotnej,
- **ustalenie rodzicielstwa** dziecka poprzez proces dobrowolnego uznania lub poprzez proces sądowy,
- **ustanowienie i/lub modyfikacja** nakazu płatności alimentów, w tym ustanowienie ubezpieczenia zdrowotnego lub pieniężnego wsparcia medycznego, jeśli jest dostępne, od któregośkolwiek z rodziców,
- **zbieranie i dystrybucja** alimentów na dziecko lub łączonych alimentów na dziecko i małżonka, płatnych za pośrednictwem Biura Egzekucji Alimentów, w tym wydatków na edukację, wydatków na opiekę nad dzieckiem oraz pieniężnego wsparcia medycznego,
- **egzekwowanie zobowiązań alimentacyjnych** poprzez potrącanie dochodów z pensji, zasiłków lub innych dochodów, przechwytywanie federalnych i stanowych zwrotów podatkowych, zajmowanie aktywów i wygranych w loteriach, zgłoszenia do biur kredytowych, zawieszenie prawa jazdy stanu Nowy Jork rodzica, który nie sprawuje opieki nad dzieckiem; oraz przekazanie sprawy do Departamentu Podatków i Finansów stanu Nowy Jork w celu ściągnięcia należności. Orzeczone przez sąd świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są również egzekwowane przez Program pomocy społecznej dla dzieci,
- Składanie i ściganie **wniosek o naruszenie prawa** (Violation Petitions), oraz
- pomoc w uiszczeniu **istniejącego nakazu alimentacyjnego** poprzez Biura Egzekucji Alimentów.

Wszystkie wyżej wymienione usługi są również świadczone rodzicom, którzy mieszkają w innych hrabstwach, stanach, a także w niektórych krajach.

Twoja sprawa o pomoc społeczną dla dziecka może zostać zamknięta z takich powodów jak:

- rodzicielstwo nie może być ustalone,
- druga strona postępowania nie może być zlokalizowana pomimo dołożenia wszelkich starań, lub przebywa w więzieniu bez szans na zwolnienie warunkowe, jest trwale niepełnosprawna bez możliwości płacenia alimentów, lub przebywa w instytucji; lub
- świadczeniobiorca usług nie współpracuje lub nie dostarcza informacji, które są istotne dla następnego kroku w świadczeniu;
- świadczeniobiorca usług składa pisemną lub ustną prośbę o zamknięcie sprawy, lub
- Program pomocy społecznej dla dzieci nie jest w stanie skontaktować się ze świadczeniobiorcą usług.

Ustalenie rodzicielstwa

Ustalenie rodzicielstwa to proces określania prawnych rodziców dziecka. Bycie prawnym rodzicem oznacza, że ma się prawa i obowiązki rodzicielskie wobec dziecka, takie jak prawo do ubiegania się o opiekę lub odwiedziny oraz odpowiedzialność za opiekę i wsparcie dziecka, w tym wsparcie finansowe i medyczne. Domniemany lub zamierzony rodzic nie ma żadnych praw ani obowiązków wobec dziecka, dopóki nie zostanie ustalone jego rodzicielstwo.

W stanie Nowy Jork, rodzicielstwo może być ustalone w jeden z następujących sposobów:

- proces dobrowolnego uznania,
- złożenie wniosku do Sądu Rodzinnego o ustalenie rodzicielstwa i wydanie nakazu kolejności filiacji lub złożenie wniosku do sądu o ustalenie rodzicielstwa i wydanie orzeczenia o rodzicielstwie.
- poprzez umowę o macierzyństwie zastępczym, lub w akcie wykazującym zgodę rodziców na zastosowanie reprodukcji wspomaganą.

Obowiązki alimentacyjne wobec dzieci

Podstawowe zobowiązanie do płacenia alimentów na dziecko obejmuje zobowiązanie procentowe, postanowienie o pokryciu ubezpieczenia zdrowotnego i/lub wsparcie medyczne w gotówce, wydatki na opiekę nad dzieckiem oraz wydatki na edukację dziecka, jeśli tak ustali sąd (Ustawa o Sądzie Rodzinnym § 413 i Ustawa o Stosunkach Domowych § 240).

Procenty płacenia alimentów

Jedno (1) dziecko	17%
Dwoje (2) dzieci	25%
Troje (3) dzieci	29%
Czworo (4) dzieci	31%
Pięcioro (5) lub więcej dzieci	co najmniej 35 %

Wytyczna procentowa jest stosowana do łącznego dochodu rodziców do \$ 154 000. Powyżej kwoty \$ 154 000 (która wzrośnie w 2022 r., a następnie co dwa lata wraz ze zmianami wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla wszystkich konsumentów miejskich [CPI-U]) sąd decyduje, czy zastosować wytyczną procentową. Sąd może odstąpić od obowiązku procentowego w oparciu o czynniki określone w Ustawie o Sądzie Rodzinnym § 413(1)(f) oraz Ustawie o Stosunkach Domowych § 240(1-b)(f).

Nakaz płacenia alimentów w przypadku niskich dochodów: Jeśli dochód rodzic niebędącego opiekunem jest ustalony na poziomie lub poniżej federalnego poziomu ubóstwa dla osoby samotnej, domniemana kwota wsparcia wynosi \$ 25 miesięcznie. Jeśli dochód kształtuje się na poziomie lub poniżej rezerwy samowystarczalności (135 % federalnego poziomu ubóstwa), ale powyżej federalnego poziomu ubóstwa, domniemana kwota wsparcia wynosi \$ 50 miesięcznie.

Korekta kosztów utrzymania (Cost of Living Adjustment - COLA): Nakaz płacenia alimentów kwalifikuje się do korekty COLA, jeśli został wydany co najmniej dwa (2) lata wcześniej, a suma średnich rocznych zmian procentowych w wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla wszystkich konsumentów miejskich [CPI-U] jest równa lub większa niż dziesięć (10) procent od momentu wydania, ostatniej modyfikacji lub ostatniej korekty nakazu. Twoje konto będzie poddawane weryfikacji co dwa lata, w celu ustalenia, czy Twój nakaz kwalifikuje się do korekty COLA. Korekty COLA dokonywane są bez konieczności wnoszenia sprawy do sądu. Obie strony postępowania otrzymują zawiadomienie, gdy nakaz kwalifikuje się do korekty COLA, a każda ze stron może wnioskować o korektę.

Modyfikacja nakazów: Program pomocy społecznej dla dzieci może pomóc w złożeniu wniosku o modyfikację nakazu płacenia alimentów, jeśli zajdzie taka potrzeba. Każda ze stron postępowania ma prawo do ubiegania się o modyfikację nakazu płacenia alimentów na podstawie wykazania istotnej zmiany okoliczności lub innych warunków przewidzianych w Ustawie o Sądzie Rodzinnym § 451 (2)(b).

Prawo do informacji dotyczących postępowania prawnego: Masz prawo do otrzymywania informacji o czasie, dacie i miejscu wszelkich postępowań sądowych z Twoim udziałem. Otrzymasz kopię każdego postanowienia ustanawiającego, zmieniającego, dostosowującego lub wykonującego postanowienie o przyznaniu wsparcia, lub każdego postanowienia oddalającego wniosek.

Dystrybucja płatności

Płatności alimentacyjne są dystrybuowane zgodnie z federalnymi i stanowymi zasadami obowiązującymi w Nowym Jorku.

- **Jeśli rodzic opiekuńczy nigdy nie korzystał z pomocy tymczasowej,** otrzyma całe zebrane i należne wsparcie, z wyjątkiem opłaty za usługę roczną oraz zwrotu kosztów za usługi prawne, jeśli dotyczy.
- **Jeśli rodzic opiekuńczy otrzymywał wcześniej pomoc tymczasową,** otrzymane środki z tytułu alimentów na dziecko zostaną w pierwszej kolejności wykorzystane na wypłatę bieżących alimentów, a następnie na wypłatę zaległych/przedawnionych alimentów należnych rodzicowi opiekuńczemu, a następnie na wypłatę zaległych/przedawnionych sum należnych okręgowi służb socjalnych. Środki otrzymane z tytułu zwrotu podatku federalnego zostaną w pierwszej kolejności przekazane na pokrycie zaległych/przedawnionych sum należnych okręgowi służb socjalnych, a następnie na zaległe/przedawnione alimenty należne rodzicowi opiekuńczemu.

Zwrot nadpłat

Program pomocy społecznej dla dzieci zbiera płatności alimentów na dziecko w Twoim imieniu i wysyła je do Ciebie. W rzadkich przypadkach może dojść do nadpłaty, między innymi z powodu błędnie skierowanej płatności (pieniądze są wysyłane do niewłaściwej osoby) lub niezupelnionej płatności (płatność jest zwracana jako nieopłacona przez bank płatnika). W przypadku wystąpienia takich sytuacji:

- Twoim obowiązkiem jest zwrot lub spłata tych środków.
- Skontaktujemy się z Tobą w celu uzgodnienia zwrotu nadpłaconej kwoty w formie płatności ryczałtowej lub, na Twoje życzenie, poprzez wstrzymanie wypłaty dwudziestu pięciu (25) procent należności do momentu zwrotu nadpłaty.

Usługi prawne

Wnioskodawcy mogą wystąpić o przyznanie usług prawnych w celu ustalenia rodzicielstwa lub w celu ustalenia, zmiany lub wykonania nakazu alimentacyjnego. Jeśli wystąpisz o przyznanie usług prawnych, zostaniesz poinformowany przez Program pomocy społecznej dla dzieci o kosztach takich usług, które różnią się w zależności od lokalnego biura Programu pomocy społecznej dla dzieci (patrz następna sekcja).

- Adwokat przydzielony do Twojej sprawy jest prawnym przedstawicielem komisarza okręgu usług społecznych i **nie reprezentuje Cię osobiście**.
- Sprawy dotyczące opieki lub odwiedzin, negocjacje lub sporządzanie umów o macierzyństwo zastępcze, lub inne kwestie niezwiązane z alimentami na dziecko **nie będą rozpatrywane** przez pełnomocnika okręgu usług społecznych.
- Wszelkie informacje, pisemne lub ustne, które przekażesz adwokatowi lub personelowi okręgu usług społecznych **mogą nie pozostać poufne**, w tym informacje wskazujące na oszustwa związane z opieką społeczną lub znęcaniem się nad dziećmi.

Odzyskanie kosztów za usługi prawne

Usługi prawne są świadczone wnioskodawcom po wypełnieniu *Porozumienia o Prawie do Odzyskania Pomocy Prawnej* (LDSS-4920).

- Koszty usług prawnych zostaną odzyskane z alimentów pobieranych przez Program pomocy społecznej dla dzieci w wysokości 25 % aktualnego zobowiązania alimentacyjnego.
- Jeśli jesteś rodzicem nieposiadającym dzieci, koszt usług prawnych zostanie odzyskany w wysokości 25 % bieżącego zobowiązania alimentacyjnego lub płatności, którą jesteś zobowiązany zapłacić, i zostanie dodany do zobowiązania alimentacyjnego, które płacisz, dopóki koszt nie zostanie zwrócony.
- Wszystkie zaległości alimentacyjne/przedawnione alimenty zostaną zapłacone w całości przed rozliczeniem kosztów obsługi prawnej.

Roczne opłaty usług

Jeśli rodzic opiekuńczy nigdy nie otrzymywał pomocy w ramach programu Tymczasowej pomocy dla potrzebujących rodzin (Temporary Assistance for Needy Families -TANF) w stanie Nowy Jork lub w innym stanie, a alimenty na dziecko są wypłacane rodzinie, roczna opłata za usługę w wysokości \$ 35 zostanie naliczona, jeśli w ciągu federalnego roku podatkowego (1 października - 30 września) zostanie zebrana suma przekraczająca \$ 550. Jeżeli rodzic opiekuńczy posiada konta bankowe z więcej niż jednym rodzicem niebędącym opiekunem, na których zebrano więcej niż \$ 550, to za każde konto zostanie naliczona oddzielna opłata w wysokości \$ 35.

Obsługa klienta

Dodatkowe informacje na temat wsparcia dla dzieci, a także informacje o płatnościach i kontaktach można uzyskać na stronie childsupport.ny.gov lub dzwoniąc do Infolinii ds. **wsparcia dla dzieci stanu Nowy Jork pod numer 888-208-4485 (Usługi dla niedosłyszących (TTY): 866-875-9975 – usługa Relay Service <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers>)**. Do założenia internetowego konta alimentów na dziecko wymagany jest osobisty numer identyfikacyjny (PIN). Numer PIN otrzymasz pocztą po założeniu konta alimentów na dziecko.

W Twoim najlepszym interesie leży regularne sprawdzanie swojego konta, aby upewnić się, że płatności wpływają na czas i w pełnej wysokości. **Twoim obowiązkiem jest uaktualnianie swojego adresu i danych kontaktowych**, co możesz zrobić dzwoniąc na Infolinię Pomocy dla dzieci lub kontaktując się z lokalnym biurem Programu pomocy dla dzieci. Informacje kontaktowe do lokalnego biura Programu pomocy dla dzieci, w tym link do poczty elektronicznej, można znaleźć na stronie <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

Informacja o niedyskryminacji

Stan Nowy Jork zakazuje dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, niepełnosprawność, wiek, płeć, a w niektórych przypadkach także religię lub przekonania polityczne. Dodatkowo stan Nowy Jork zakazuje dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową, transseksualizm, dysforię płciową, orientację seksualną, stan cywilny, status ofiary przemocy domowej, warunki związane z ciążą, predysponujące cechy genetyczne, wcześniejsze aresztowanie lub skazanie, status rodzinny oraz odwet za sprzeciwianie się bezprawnym praktykom dyskryminacyjnym. Więcej informacji o tym, jak złożyć skargę o dyskryminację można znaleźć na stronie childsupport.ny.gov.

Część A - Wniosek

Pomoc specjalna

1a. Jaki jest Twój podstawowy język mówiony?

English Español বাংলা العربية 中文 Kreyòl Ayisyen 한국어 РУССКИЙ Inny

1b. Jaki jest Twój podstawowy język pisany?

2. Czy potrzebujesz pomocy językowej? Tak Nie

3. Czy jesteś niepełnosprawny(a), co uniemożliwia Ci wypełnienie niniejszego skierowania lub wzięcie udziału w rozmowie? Tak Nie

Jeśli TAK, proszę wskazać, jakiej pomocy wymagasz?

Kwestie bezpieczeństwa (Dodatkowe informacje znajdują się na stronie 1 dokumentu **Ważne informacje o usługach Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci**)

Czy czujesz, że Twoje bezpieczeństwo lub bezpieczeństwo Twojego dziecka jest zagrożone, jeśli zwrócisz się o pomoc do Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci? Tak Nie

Informacja o wnioskodawcy

Jestem (zaznacz jeden typ):

Rodzic opiekunączy Opiekun - Stosunek:

Rodzic niebędący opiekunem Domniemany rodzic Zamierzony rodzic Informacje o dziecku

Jeśli jesteś rodzicem opiekunączym, opiekunem lub dzieckiem, wypełnij oddzielny wniosek dla każdej drugiej strony.

Historia Pomocy społecznej dla dziecka

Czy obecnie korzystasz z pomocy społecznej na rzecz dziecka? Tak Nie

Jeśli tak, to gdzie? Gmina Stan Numer sprawy

Czy korzystałeś/aś wcześniej ze świadczeń Pomocy społecznej dla dziecka? Tak Nie

Jeśli tak, to gdzie? Gmina Stan Numer sprawy

Historia pomocy publicznej

Czy obecnie ubiegasz się o świadczenia z pomocy publicznej lub je otrzymujesz? Tak Nie

Jeśli tak, to gdzie? Gmina Stan Numer sprawy

Jeśli TAK, ZATRZYMAJ SIĘ. NIE IDŹ DALEJ Potrzebny jest formularz skierowania LDSS-5145 do Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci.

Czy otrzymywałeś/łaś wcześniej świadczenia z pomocy publicznej w ramach programu Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin (TANF)? Tak Nie

Jeśli tak, to gdzie? Gmina Stan Numer sprawy

Data ostatniego otrzymanego świadczenia (miesiąc/dzień/rok)

Prawnie noszone nazwisko

Pierwsze imię Drugie Nazwisko Przyrostek Pseudonim lub inne znane nazwisko (np. nazwisko panieńskie)

Numer SSN/ITIN

Płeć

Kobieta Mężczyzna Nie-Binarny/a/Inny/a

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

Przynależność rasowa i etniczna (nieobowiązkowo)

Azjata Osoba czarna lub Afroamerykanin Hiszpan lub Latynos Biała, nie-Hiszpan

Rdzenny Amerykanin lub rdzenny Alaskańczyk Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku Inny

Adres zamieszkania

Z listami:

Ulica

Piętro/Mieszkanie Miejscowość Stan Kod pocztowy

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Z listami:

Ulica

Piętro/Mieszkanie Miejscowość Stan Kod pocztowy

Informacje do kontaktu

Nr telefonu domowego

Nr telefonu komórkowego

Inny numer telefonu:

Adres e-mail

Preferencyjne Tel. domowy Tel. komórkowy InnyNajlepsza pora do kontaktu telefonicznego Rano Po południu**Drugi kontakt**

Pierwsze imię

Drugie

Nazwisko

Przyrostek

Stosunek

Ulica

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu

Stan cywilny w stosunku do drugiej stronyCzy byłeś/łaś kiedykolwiek w związku małżeńskim z drugą Stroną? Tak Nie

Data zawarcia małżeństwa

Miejsce zawarcia małżeństwa

Miejscowość

Stan

Kraj

 W separacji

Data oficjalnej separacji

Nazwa sądu

Stan

 Rozwiedziony/a

Data rozwodu

Nazwa sądu

Stan

 Rozwód w toku

Nazwa sądu

Stan

Stan pozostawania w związku małżeńskim z kimś innym niż druga stronaCzy wnioskodawca kiedykolwiek był w związku małżeńskim z kimś innym niż druga strona dziecka wymienionego w tym skierowaniu? Tak NieOd

Do

Nazwisko współmałżonka/i

Od

Do

Nazwisko współmałżonka/i

Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnegoCzy pracodawca/organizacja wnioskodawcy oferuje lub zapewnia świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego? Tak Nie Nieznana

Czy wnioskodawca ma ubezpieczenie zdrowotne?

 Tak (proszę określić): Ubezpieczenie indywidualne Ubezpieczenie rodzinne Nie Nieznana**Przejdź do strony A-3**

Informacja o drugiej stronie

Druga strona to (zaznacz jeden typ) Rodzic niebędący opiekunem Domniemany rodzic Zamierzony rodzic

Prawnie noszone nazwisko Rodzic opiekuńczy Opiekun

Pierwsze imię Drugie Nazwisko Przyrostek Pseudonim lub inne znane nazwisko (np. nazwisko panieńskie)

Numer SSN/ITIN **Płeć** Kobieta Mężczyzna Nie-Binarny/a/Inny/a **Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)**

Przynależność rasowa i etniczna (nieobowiązkowo)

Azjata Osoba czarna lub Afroamerykanin Hiszpan lub Latynos Biała, nie-Hiszpan
 Rdzenny Amerykanin lub rdzenny Alaskańczyk Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku Inny

Język podstawowy angielski hiszpański inne (proszę opisać)

Opis
 Wzrost m (stopy) cm (cale) Waga kg Kolor oczu Kolor włosów
 Znaki szczególne Blizny Tatuże Proszę opisać

Fotografia Tak (dołącz zdjęcie) Nie

Informacje o mediach społecznościowych

Facebook Twitter Instagram

Informacje o rodzicach drugiej strony

Imię i nazwisko <input type="text"/>	Adres <input type="text"/>	Numer telefonu <input type="text"/>	Stosunek <input type="text"/>
Imię i nazwisko <input type="text"/>	Adres <input type="text"/>	Numer telefonu <input type="text"/>	Stosunek <input type="text"/>

Miejsce urodzenia Miejscowość Stan Kraj

Data ostatniego kontaktu

Miesiąc/dzień/rok

Stosunek drugiej strony do wnioskodawcy

Małżonek/ka Były/a małżonek/ka Rodzic
 Partner/ka Były/a partner/ka Inny

Adres zamieszkania Obecny Ostatni znany

Z listami:
 Ulica
 Piętro/Mieszkanie Miejscowość Stan Kod pocztowy

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Z listami:
 Ulica
 Piętro/Mieszkanie Miejscowość Stan Kod pocztowy

Informacje do kontaktu

Nr telefonu domowego Nr telefonu komórkowego Inny numer telefonu: Adres e-mail

Preferencyjne Tel. domowy Tel. komórkowy Inny

Najlepsza pora do kontaktu telefonicznego Rano Po południu

Zatrudnienie

Czy druga strona jest obecnie zatrudniona? Tak Nie Nieznana Data ostatniego zatrudnienia

Czy druga strona prowadzi własną działalność gospodarczą? Tak Nie Nieznana

Pracodawca/Nawa firmy

Obecny Ostatni znany

Pracodawca/Nawa firmy

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy Numer telefonu

Tytuł/stanowisko Roczna pensja \$

Czy druga strona otrzymuje zasiłek dla bezrobotnych w stanie Nowy Jork (NYS Unemployment Insurance Benefits, UIB)? Tak Nie Nieznana

Świadczenie tygodniowe \$

Czy druga strona jest członkiem związku zawodowego/organizacji? Tak Nie Nieznana Imię i nazwisko

Stan pozostawania w związku małżeńskim z kimś innym niż wnioskodawcaCzy druga strona pozostaje w związku małżeńskim z kimś innym niż wnioskodawca? Tak NieNazwisko współmałżonka/i Adres Adres e-mail Numer telefonu **Status uwięzienia**Czy druga strona przebywa w więzieniu? Tak Nie NieznanaNazwa zakładu Numer więźnia Adres zakładu Miejscowość Stan Kod pocztowy Kraj **Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnego**Czy Twój pracodawca/organizacja oferuje lub zapewnia świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego? Tak Nie NieznanaCzy druga strona ma ubezpieczenie zdrowotne? Tak (proszę określić): Ubezpieczenie indywidualne Ubezpieczenie rodzinne
 Nie Nieznana**Informacja o samochodzie**Marka Model Rok Kolor Własny Leasing Pojazd służbowy Tablica rejestracyjna Stan **Dodatkowe informacje (np. majątek, inne kontakty)****Wniosek do/ Potwierdzenie wniosku do Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci**

Podpisując poniży dokument, rozumiem i zgadzam się, że:

Składam wniosek do Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzieci o świadczenie usług na rzecz dzieci zgodnie z sekcją 111-g ustawy o usługach socjalnych stanu Nowy Jork oraz federalnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Title IV-D of the Federal Social Security Act). Wyrażam zgodę i potwierdzam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, że informacje, które podałem/łam w skierowaniu i wszelkich towarzyszących dokumentach zostały przeze mnie sprawdzone i zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem są prawdziwe i poprawne. Będę współpracować z Programem Pomocy Społecznej dla Dzieci w jego wysiłkach na rzecz świadczenia usług i zgadzam się niezwłocznie informować moje lokalne biuro Programu Pomocy Społecznej dla Dzieci o wszelkich nowych lub zmienionych informacjach, które odnoszą się do informacji, które podałem/łam.

Nie przyjmę zasądzonych przez sąd alimentów bezpośrednio od rodzica niebędącego opiekunem lub, jeśli takie zostaną otrzymane, niezwłocznie prześlę je do Ośrodka Przetwarzania Pomocy Społecznej dla Dzieci w stanie Nowy Jork, Skrzynka Poczтовая (P.O.) nr 15363, Albany, NY, 12212-5363.

Otrzymałem/łam **Ważne informacje o usługach Pomocy Społecznej dla Dzieci**, które zawierają informacje o odzyskaniu nadpłat. Rozumiem, że w rzadkich przypadkach nadpłata może wystąpić między innymi z powodu niewłaściwie skierowanej płatności (pieniądze są wysyłane do niewłaściwej osoby) lub płatności nieuregulowanej (płatność jest zwracana niezapłaconą przez bank nadawcy). Rozumiem ponadto, że moim obowiązkiem jest zwrot lub spłata tych środków, i otrzymam informacje/kontakt w celu zażądania zwrotu. Mogę spłacić nadpłatę jednorazowo lub zażądać zatrzymania dwudziestu pięciu procent (25%) poboru do czasu spłaty nadpłaty. Zgoda na wstrzymanie 25 % przyszłych pobrań jest opcjonalna.

Rozumiem, że Program Pomocy Społecznej dla Dzieci może wysłać korespondencję drogą elektroniczną, w tym pocztą elektroniczną, wiadomościami tekstowymi lub innymi dostępnymi metodami. Aby zapewnić poufność, rozumiem, że moim obowiązkiem jest podanie bezpiecznego, ważnego i aktywnego adresu e-mail oraz numeru telefonu komórkowego oraz powiadomienie lokalnego biura Programu Pomocy Społecznej dla Dzieci, jeśli informacje te ulegną zmianie.

 Zaznacz to pole, jeśli **nie** chcesz otrzymywać korespondencji drogą elektroniczną. Zaznacz to pole, jeśli chcesz poprosić o pomoc prawną. Otrzymasz Umowę o prawie do odzyskania pomocy prawnej (LDSS-4920) do wypełnienia.Podpis wnioskodawcy Data złożenia wniosku Imię i nazwisko drukowanymi literami **Tylko do użytku agencji**Data otrzymania wniosku Identyfikator sprawy NY Kod pracownika Przypomnienie: przejrzyj **Obawy dotyczące bezpieczeństwa** na stronie A-1 i oceń potrzebę FVI.

Część B - Informacje o dziecku (dla każdego dziecka z drugą stroną)

LDSS-5143-PO (Rev. 02/21)

Imię dziecka nr 01

Pierwsze imię Drugie Nazwisko Przyrostek

Numer SSN/ITIN

Kobieta Mężczyzna Nie-Binary/a/Inny/a

Płeć

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

Termin

Imię rodzica

Rodzic nr 1 Pierwsze imię Drugie Nazwisko

Rodzic nr 2 Pierwsze imię Drugie Nazwisko

Miejsce urodzenia dziecka

Szpital Miejscowość Stan Kraj

Stosunek drugiej strony do dziecka

Rodzic Rodzic przyrodni Domniemany rodzic Zamierzony rodzic

Stan cywilny rodziców

Czy rodzice wymienieni powyżej byli w związku małżeńskim w czasie lub po urodzeniu dziecka?

Tak, ze sobą Tak, ale nie ze sobą Nie Nieznana

Jeśli **Tak, ze sobą**, przejdź do pytań **Informacje o nakazie płatności alimentów**. W przeciwnym wypadku, przejdź do pytań **Ustalenie rodzicielstwa**.

Ustalenie rodzicielstwa

Czy ustalono rodzicielstwo?

Tak - Odpowiedz na pytania **Ustalenie rodzicielstwa**.
Nie musisz odpowiedzieć na pytania w sekcji **Stan jurysdykcji**. Nie - Przejdź do pytań **Stan jurysdykcji**.
 Nieznana - Przejdź do pytań **Stan jurysdykcji**.

W jaki sposób ustalono rodzicielstwo?

W sądzie w dniu Nazwa sądu
 Uznanie ojcostwa/rodzicielstwa w sprawie Umowa o macierzyństwie zastępczym/wspomaganej reprodukcji

W jakim hrabstwie, stanie i kraju zostało ustalone rodzicielstwo?

Gmina Stan Kraj

Gdzie zostało poczęte dziecko? Stan Kraj

Stan jurysdykcji

Czy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic ponosił wydatki prenatalne lub zapewniał wsparcie dla dziecka? Tak Nie Nieznana

Czy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic mieszkał z dzieckiem w stanie Nowy Jork? Tak Nie Nieznana

Czy dziecko przebywa w stanie Nowy Jork w wyniku działań lub poleceń Domniemanego rodzica/Zamierzonego rodzica? Tak Nie Nieznana

Nakaz płatności alimentów

Czy istnieje nakaz płatności alimentów dla tego dziecka? Tak Nie Nieznana Jeśli „tak”, jaka jest data tego nakazu?

Czy nakazano ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie Nieznana

Kwota zobowiązania

\$ Tygodniowo Co dwa tygodnie Miesięcznie Dwa razy w miesiącu Inny

Jaki sąd wydał nakaz

Rodzinny Najwyższy Inny

Gmina Stan Kraj

Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnego

Czy dziecko posiada ubezpieczenie zdrowotne Tak Nie Nieznana

Jeśli „Tak”, należy określić rodzaj pokrycia: Prywatne – Przejdź do pytań **Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego**.

Publiczne – Przejdź do pytań **Objęcie publiczną opieką zdrowotną**.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

Kto zapewnia prywatne ubezpieczenie zdrowotne dla dziecka?

Rodzic opiekujący Opiekun Rodzic niebędący opiekunem/Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic
 Rodzic przyrodni Nieznana Inny

Nazwa świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego Nr polisy Nr grupy

Ulica Piętro/Mieszkanie/Pokój Miejscowość Stan Kod pocztowy

Objęcie publiczną opieką zdrowotną

Należy wskazać rodzaj publicznej opieki zdrowotnej:

Medicaid Child Health Plus (CHPlus) CHPlus miesięczne premie: \$

Inny

Część B - Informacje o dziecku

Imię dziecka nr 02

Pierwsze imię Drugie Nazwisko Przyrostek

Numer SSN/ITIN

Płeć

 Kobieta Mężczyzna Nie-Binarny/a/Inny/a

Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)

Termin

 Nienarodzony/a

Imię rodzica

Rodzic nr 1 Pierwsze imię Drugie Nazwisko

Rodzic nr 2 Pierwsze imię Drugie Nazwisko

Miejsce urodzenia dziecka

Szpital Miejscowość Stan Kraj

Stosunek drugiej strony do dziecka

 Rodzic Rodzic przyrodni Domniemany rodzic Zamierzony rodzic

Stan cywilny rodziców

Czy rodzice wymienieni powyżej byli w związku małżeńskim w czasie lub po urodzeniu dziecka?

 Tak, ze sobą Tak, ale nie ze sobą Nie Nieznana

Jeśli **Tak, ze sobą**, przejdź do pytań **Informacje o nakazie płatności alimentów. W przeciwnym wypadku**, przejdź do pytań **Ustalenie rodzicielstwa**.

Ustalenie rodzicielstwa

Czy ustalono rodzicielstwo?

 Tak - Odpowiedz na pytania **Ustalenie rodzicielstwa**.

Nie musisz odpowiedzieć na pytania w sekcji **Stan jurysdykcji**.

 Nie - Przejdź do pytań **Stan jurysdykcji**.

 Nieznana - Przejdź do pytań **Stan jurysdykcji**.

W jaki sposób ustalono rodzicielstwo?

 W sądzie w dniu Nazwa sądu
 Uznanie ojcostwa/rodzicielstwa w sprawie Umowa o macierzyństwie zastępczym/wspomaganej reprodukcji

W jakim hrabstwie, stanie i kraju zostało ustalone rodzicielstwo?

Gmina Stan Kraj

Gdzie zostało poczęte dziecko? Stan Kraj

Stan jurysdykcji

Czy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic ponosił wydatki prenatalne lub zapewniał wsparcie dla dziecka? Tak Nie Nieznana

Czy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic mieszkał z dzieckiem w stanie Nowy Jork? Tak Nie Nieznana

Czy dziecko przebywa w stanie Nowy Jork w wyniku działań lub poleceń Domniemanego rodzica/Zamierzonego rodzica? Tak Nie Nieznana

Nakaz płatności alimentów

Czy istnieje nakaz płatności alimentów dla tego dziecka? Tak Nie Nieznana Jeśli „tak”, jaka jest data tego nakazu?

Czy nakazano ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie Nieznana

Kwota zobowiązania

\$ Tygodniowo Co dwa tygodnie Miesięcznie Dwa razy w miesiącu Inny

Jaki sąd wydał nakaz

 Rodzinny Najwyższy Inny

Gmina Stan Kraj

Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnego

Czy dziecko posiada ubezpieczenie zdrowotne Tak Nie Nieznana

Jeśli „tak”, należy określić rodzaj pokrycia: Prywatne – Przejdź do pytań **Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego**.

Publiczne – Przejdź do pytań **Objęcie publiczną opieką zdrowotną**.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

Kto zapewnia prywatne ubezpieczenie zdrowotne dla dziecka?

 Rodzic opiekun Opiekun Rodzic niebędący opiekunem/Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic

 Rodzic przyrodni Nieznana Inny

Nazwa świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego Nr polisy Nr grupy

Ulica Piętro/Mieszkanie/Pokój Miejscowość Stan Kod pocztowy

Objęcie publiczną opieką zdrowotną

Należy wskazać rodzaj publicznej opieki zdrowotnej:

 Medicaid Child Health Plus (CHPlus) CHPlus miesięczne premie: \$
 Inny

Część C - Dokumentacja uzupełniająca

Prosimy o dostarczenie **kopii** wszystkich dostępnych dokumentów uzupełniających do lokalnego biura programu Pomocy Społecznej dla Dzieci. Dokumentacja uzupełniająca umożliwia programowi Pomocy Społecznej dla Dzieci prowadzenie sprawy o alimenty na dziecko, w tym ustalenie ojcostwa lub rodzicielstwa oraz ustanowienie, modyfikowanie i / lub egzekwowanie nakazu płatności alimentacyjnych, stosownie do przypadku. Dokumentacja uzupełniająca pomaga również sądowni w ustaleniu dochodu każdego z rodziców i podstawowego obowiązku wsparcia dziecka. **ZAZNACZ** (✓) pola wskazujące, jakie dokumenty dostarczasz.

Prosimy nie przysyłać pocztą oryginałów dokumentów.

Dokumenty ogólne

- Identyfikacja wnioskodawcy (np. prawo jazdy, paszport)
- Petycje o wsparcie dla dzieci Nakaz(y) płatności alimentacyjnych Akt zawarcia małżeństwa Umowa o separacji Dekret rozwodowy
- Nakaz(y) opieki nad dzieckiem Nakaz ochrony / zakaz zbliżania się Karty świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego
- Plan podsumowujący opisy świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego Inny

Dokumenty rodzica opiekunczego

- Ostatni odcinek pensji Ostatnio złożone federalne zeznania podatkowe i wszystkie załączniki W-2
- Karta Ubezpieczenia Społecznego (SSN)/ Pismo IRS dla ITIN
- List(y) o przyznaniu dochodu z ubezpieczenia społecznego / dodatkowego ubezpieczenia społecznego
- Inny

Dokumenty dziecka (dla każdego dziecka)

- Akt urodzenia Nakaz ustalenia rodzicielstwa (np. Nakaz filiacji, wyrok dot. rodzicielstwa) Uznanie ojcostwa/rodzicielstwa
- Oświadczenie domniemanego ojcostwa / rodzicielstwa Karta Ubezpieczenia Społecznego (SSN)
- Dowód wydatków na opiekę nad dziećmi Dowód wydatków edukacyjnych
- Dowód niezwróconych wydatków na opiekę zdrowotną
- List(y) o przyznaniu dochodu z ubezpieczenia społecznego / dodatkowego ubezpieczenia społecznego
- Umowa o dofinansowanie adopcji (płatność między rodzicami adopcyjnymi a LDSS) lub Umowa o umieszczenie (dziecko umieszczone w celu adopcji)
- Umowa o macierzyństwie zastępczym / wspomaganą reprodukcji Inny

Rodzic niebędący opiekunem/Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic

- Karta Ubezpieczenia Społecznego (SSN) / Pismo IRS dla ITIN Ostatni odcinek pensji
- Ostatnio złożone federalne zeznania podatkowe i wszystkie załączniki
- W-2 Zawiadomienie o zasiłku na ubezpieczenie od bezrobocia
- List(y) o przyznaniu dochodu z ubezpieczenia społecznego / dodatkowego ubezpieczenia społecznego
- Służba wojskowa (DD-214) Informacje o uwięzieniu, zawieszeniu w zawieszeniu lub zwolnieniu warunkowym
- Dowód MA, SNAP i / lub pobytu w schronisku Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin (TANF) Zasiłek
- Informacje o prawach jazdy zawodowej, biznesowej, zawodowej, rekreacyjnej lub praw jazdy
- Inny