

معلومات إضافية عن الطفل (تقديم الطلب)

يجب استكمال هذا النموذج إذا كان لديك أكثر من طفلين (2) من الطرف الثاني المسمى في هذا الطلب.

تقديم with الجزء أ والجزء ب من LDSS-5143

اسم الطفل رقم الأول

الأوسط الأخير

الأرقام الثلاثة الأخيرة من رقم الهاتف

رقم الضمان الاجتماعي/رقم التعريف الضريبي النوع

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) الموعود المتوقع

ذكر غير نظامي/غير ذلك غير مولود غير مولود

اسم الوالد

الوالد 1 الأول الأوسط الأخير

الوالد 2 الأول الأوسط الأخير

مكان ولادة الطفل المستشفى

المدينة الولاية الدولة

علاقة الطرف الآخر بالطفل

الوالد الوالد بالزواج الوالد المزعوم

العلاقة الزوجية بين الوالدين

هل تم زواج الوالدين المذكورين أعلاه عند أو بعد موعد ولادة الطفل؟

نعم، تزوجا بعضهما نعم، تزوجا ولكن ليس لبعضهما لا غير معروف

إذا أجبت بنعم تزوجا بعضهما، اذهب إلى أسئلة معلومات أمر الإعالة. إذا أجبت بغير ذلك، اذهب إلى أسئلة إثبات الأبوة.

إثبات الأبوة

هل تم إثبات الأبوة؟

نعم - أكمل أسئلة إثبات الأبوة. لا - اذهب إلى أسئلة وضع السلطة القضائية.

لا يتوجب عليك إكمال أسئلة وضع السلطة القضائية. غير معروف - اذهب إلى أسئلة وضع السلطة القضائية.

كيف تم إثبات الأبوة؟

تم إثباتها في المحكمة في اسم المحكمة

إقرار الأبوة في

في أي مقاطعة (كاونتي) وولاية ودولة تم إثبات الأبوة؟

المقاطعة الدولة الولاية

أين تم بدء الحمل بالطفل؟ الدولة الولاية

السلطة القضائيةهل وفر الوالد المزعوم مصروفات تربية الطفل أو إعالتته؟ نعم لا غير معروفهل أقام الوالد المزعوم مع الطفل في ولاية نيويورك؟ نعم لا غير معروفهل يقيم الطفل في ولاية نيويورك نتيجة تصرفات أو توجيهات الوالد المزعوم؟ نعم لا غير معروف**معلومات أمر إعالة الطفل**هل هناك أمر إعالة لهذا الطفل؟ نعم لا غير معروف إذا أجبت بنعم، ما هو تاريخ الأمر؟ هل تم الأمر بالتأمين الصحي؟ نعم لا غير معروف**مبلغ الالتزام**

دولار أسبوعياً كل أسبوعين شهرياً مرتان في الشهر غير ذلك

المحكمة التي أصدرت الأمر

العائلة العليا غير ذلك

المقاطعة الولاية الدولة

المعلومات الخاصة بتغطية الرعاية الصحيةهل لدى الطفل تغطية للرعاية الصحية؟ نعم لا غير معروفإذا أجبت بـ "نعم" يرجى تحديد نوع التغطية. خاص - اذهب إلى أسئلة مزاي التأمين الصحي.

عام - اذهب إلى أسئلة تغطية الرعاية الصحية.

مزاي التأمين الصحي

من يوفر تغطية الرعاية الصحية للطفل؟

الوالد الحاضن الوصي الوالد غير الحاضن/الوالد المزعوم الوالد بالزواج غير معروف غير ذلك

إسم شركة التأمين الصحي رقم البوليصا رقم المجموعة

شارع الطابق/الشقة/الجناح المدينة الولاية الرمز البريدي

تغطية الرعاية الصحية العامة

حدد نوع تغطية الرعاية الصحية العامة:

مديكيد تشايلد هيلث بلس "معمونة الخدمات الصحية الإضافية للطفل" (CHPlus) قسط تشايلد هيلث بلس الشهري: دولار

غير ذلك