

Informations complémentaires sur les enfants (demande)À renseigner si le demandeur a **plus de deux (2) enfants** avec l'autre partie indiquée dans cette demande.

Envoyer le formulaire LDSS-5143

Nom de l'enfant n°

Prénom Deuxième prénom Nom de famille Suffixe

SSN/ITIN**Genre**

Femme Homme Non-binaire/Autre

Date de naissance (mois/jour/année)

Date prévue pour la naissance

Non né

Nom du parent

Parent 1 Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Parent 2 Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Lieu de naissance de l'enfant

Hôpital

Ville

État

Pays

Lien de parenté de l'autre partie avec l'enfant

Parent Beau-parent Parent présumé Parent intentionnel

État civil des parents

Les parents cités ci-dessus étaient-ils mariés au moment de la naissance de l'enfant ou après ?

Oui, l'un avec l'autre Oui, mais pas l'un avec l'autre Non Inconnu

Si **oui, l'un avec l'autre**, passez aux questions relatives à l'**ordonnance de pension alimentaire**. Sinon, passez aux questions sur la **détermination du lien de parenté**.**Détermination du lien de parenté**

Le lien de parenté a-t-il été établi ?

Oui – Répondez aux questions sur la **détermination du lien de parenté**.Il est **inutile** de répondre aux questions relatives à la **compétence de l'État**.Non – Passez aux questions relatives à la **compétence de l'État**.Inconnu – Passez aux questions relatives à la **compétence de l'État**.

Comment le lien de parenté a-t-il été établi ?

Établi par un tribunal le

Nom du tribunal

Reconnaissance de paternité ou de parenté le

Convention de maternité de substitution ou de recours à la procréation assistée

Dans quel comté, état et pays le lien de parenté a-t-il été établi ?

Comté

État

Pays

Où est-ce que l'enfant a été conçu ?

État

Pays

Compétence de l'État

Le parent présumé/parent intentionnel a-t-il pris en charge les frais prénataux ou versé une pension alimentaire pour l'enfant ? Oui Non Inconnu

Le parent présumé/parent intentionnel résidait-il avec l'enfant dans l'État de New York ? Oui Non Inconnu

L'enfant réside-t-il dans l'État de New York à la suite de mesures ou de directives du parent présumé/parent intentionnel ? Oui Non Inconnu

Ordonnance de pension alimentaire

Existe-t-il une ordonnance de pension alimentaire en faveur de cet enfant ? Oui Non Inconnu

Si « oui », quelle est la date de l'ordonnance ?

L'assurance maladie fait-elle l'objet d'une ordonnance ? Oui Non Inconnu

Montant de l'obligation

\$

Hebdomadaire

Toutes les deux semaines

Mensuel

Deux fois par mois

Autre

Tribunal qui a prononcé l'ordonnance

De la famille

Suprême

Autre

Comté

État

Pays

Renseignements relatifs à la prise en charge des soins de santé

L'enfant bénéficie-t-il d'une assurance maladie ? Oui Non Inconnu

Si « oui », précisez le type de régime d'assurance :

Privé – Passez aux questions sur les **prestations d'assurance maladie**.Publique – Passez aux questions sur le **régime d'assurance maladie publique**.**Prestations d'assurance maladie**

Qui fournit l'assurance maladie privée de l'enfant ?

Parent ayant la garde des enfants

Tuteur

Parent n'ayant pas la garde de l'enfant/parent présumé/parent intentionnel

Beau-parent

Inconnu

Autre

Nom de l'organisme d'assurance maladie

Numéro de police

Numéro de groupe

Rue

Étage/Appt./Bureau

Ville

État

Code postal

Régime d'assurance maladie publique

Indiquez le type de régime d'assurance maladie publique :

Medicaid

Child Health Plus (CHPlus)

Cotisation mensuelle à CHPlus : \$

Autre