LDSS-5143B-KO (Rev. 02/21)

추가 아동 정보(신청서)

신청자가 이 신청서에 기재된 다른 쪽 당사자와의 사이에서 두(2) 명이 넘는 아동을 두었을 경우, 작성하십시오.

LDSS-5143과 함께 제출

아동명 #

이름 | 중간 이름 | 성 | 지위

SSN/ITIN | **성별** ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 논바이너리/기타 | 출산예정일 ☐ 태아

부/모명

부/모 1 이름 | 중간 이름 | 성

부/모 2 이름 | 중간 이름 | 성

아동의 출생지

병원 | 시 | 주 | 국가

아동과 다른 쪽 당사자와의 관계

☐ 부/모 ☐ 양부/모 ☐ 추정 부모 ☐ 계획 부모

부모의 결혼 여부

위에 표기된 부모가 아동 출생 시점 또는 그 후에 결혼했습니까?

☐ 예, 두 사람이 서로 결혼했습니다 ☐ 예, 그러나 다른 사람과 결혼했습니다 ☐ 아니요 ☐ 모름

만약 **예, 두 사람이 서로 결혼했습니다**를 선택하신 경우, **지원 명령 정보** 질문으로 이동하십시오. **그 밖의 경우**, **친권 설정** 질문으로 이동하십시오.

친권 설정

친권이 설정되었습니까?

☐ 예 **친권 설정** 질문을 완료하십시오.
관할주 **질문은 완료할 필요가 없습니다**.

☐ 아니요 - **관할주** 질문으로 이동하십시오.

☐ 모름 - **관할주** 질문으로 이동하십시오.

친권이 어떻게 설정되었습니까?

☐ 법원에서 설정 | 법원명

☐ 친권 인정

☐ 대리모/기타 출산 지원 계약

어떤 카운티, 주, 국가에서 친권이 설정되었습니까?

카운티 | 주 | 국가

아동을 임신한 곳은 어디입니까? 주 | 국가

관할주

추정 부모/계획 부모가 아동을 위해 산전 비용이나 양육비를 지급했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

추정 부모/계획 부모가 아동과 함께 뉴욕주에서 거주합니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

아동이 추정 부모/계획 부모의 행위 또는 지침의 결과로 뉴욕주 내에서 거주합니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

지원 명령 정보

아동을 위한 지원 명령이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름 만약 '예'라면, 명령 일자는 언제입니까?

건강보험 명령이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

의무액

$ ☐ 매주 ☐ 2주마다 ☐ 매월 ☐ 월 2회 ☐ 기타

명령을 발부한 법원

☐ 가족 ☐ 대법원 ☐ 기타

카운티 | 주 | 국가

건강보험 보장 정보

아동은 건강보험 보장이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

만약 '예'라면, 보장의 유형을 밝혀주십시오.

☐ 민간 – **건강보험 혜택** 질문으로 이동하십시오.

☐ 공공 – **공공 건강보험 보장** 질문으로 이동하십시오.

건강보험 혜택

아동의 민간 건강보험 보장은 누가 제공합니까?

☐ 양육 부/모 ☐ 후견인 ☐ 비양육 부모/추정 부모/ 계획 부모 ☐ 양부/모 ☐ 모름 ☐ 기타

건강보험사명 | 보험번호 | 그룹번호

스트리트 | 층/아파트/스위트 | 시 | 주 | 우편 번호

공공 건강보험 보장

공공 건강보험 보장의 종류를 밝혀주십시오.

☐ 메디케이드(Medicaid) ☐ 아동 건강 플러스(Child Health Plus, CHPlus) 아동 건강 플러스 월납부액: $

☐ 기타