

Dodatkowe informacje i dziecka (wniosek)Należy wypełnić, gdy wnioskodawca ma więcej niż **dwoje (2) dzieci** z drugą stroną wymienioną w niniejszym wniosku.**Złóż formularz LDSS-5143**Imię dziecka # Pierwsze Drugie Nazwisko Przyrostek Numer SSN/ITIN

Płeć

Termin Kobieta Mężczyzna Nie-Binarny/a/Inny/a Nienarodzony/a

Imię rodzica

Rodzic nr 1 Pierwsze Drugie Nazwisko Rodzic nr 2 Pierwsze 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 NieznanaJeśli **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?

Hrabstwo 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 NieznanaCzy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic mieszkał z dzieckiem w stanie Nowy Jork? Tak Nie NieznanaCzy 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 NieznanaJeśli „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 Hrabstwa Stan Kraju

Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnego

Czy dziecko posiada ubezpieczenie zdrowotne Tak Nie NieznanaJeśli „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 przyrodni Nieznana Inny

rodzic/Zamierzony rodzic

Nazwa świadczeniodawcy
ubezpieczenia zdrowotnego Polisa # Grupa # Ulica Pietro/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