

Дополнительная информация о ребенке (Заявление)

Заполнить форму, если у заявителя более двух (2) детей с другой стороны, указанной в заявлении.

Подайте форму LDSS-5143

Имя ребенка №

Имя

Отчество

Фамилия

Суффикс

SSN/ITIN

Пол

Ожидается

Женский

Мужской

Не-бинарный/другой

Нерожденный

Имя родителя

Родит. 1

Имя

Отчество

Фамилия

Родит. 2

Имя

Отчество

Фамилия

Место рождения

Больница

Город

Штат

Страна

Кем приходится ребенку другая сторона

Родитель

Приемный родитель

Возможный генетический родитель

Предполагаемый родитель

Семейное положение родителей

Состояли ли родители в браке до или после рождения ребенка?

Да, в совместном

Да, но не в совместном

Нет

Неизвестно

Если Да, в совместном, перейдите к вопросам о Распоряжении о содержании. В противном случае перейдите к вопросам об установлении родительства.

Установление родительства

Родительство было установлено?

Да - Ответьте на вопросы об установлении родительства.

Вам не нужно отвечать на вопросы о штате юрисдикции.

Нет - Перейдите к вопросам о Штате юрисдикции.

Неизвестно - Перейдите к вопросам о Штате юрисдикции.

Как установили родительство?

Установлено в суде

Название суда

Признание родительства

Соглашение о суррогатном родительстве/вспомогательной репродукции

В каком округе, штате и стране установлено родительство?

Округ

Штат

Страна

Где был зачат ребенок?

Штат

Страна

Штат юрисдикции

Оплачивал ли возможный генетический родитель или предполагаемый родитель расходы по вынашиванию беременности или содержанию ребенка?

Да

Нет

Неизвестно

Проживал ли возможный генетический родитель или предполагаемый родитель с ребенком в штате Нью-Йорк?

Да

Нет

Неизвестно

Проживает ли ребенок в штате Нью-Йорк в результате действий или указаний AF?

Да

Нет

Неизвестно

Распоряжение о содержании

Выдано ли на ребенка распоряжение о содержании?

Да

Нет

Неизвестно

Если да, укажите дату.

Есть ли распоряжение о мед. страховании?

Да

Нет

Неизвестно

Сумма обязательства

\$

В неделю

Раз в 2 недели

В месяц

2 раза в месяц

Другое

Суд, выдавший распоряжение

семья

Верховный

Другое

Округ

Штат

Страна

Информация о медицинской страховке

Есть ли у ребенка медицинская страховка?

Да

Нет

Неизвестно

Если да, обозначьте тип страхования:

Частное – перейдите к Обеспечение мед. страхования.

Общественное – перейдите к вопросам Обеспечение общественного страхования.

Обеспечение мед. страхования

Кто обеспечивает ребенка частным мед. страхованием?

Совместно проживающий родитель

Опекун

Отдельно проживающий родитель/возможный генетический родитель/предполагаемый родитель

Приемный родитель

Неизвестно

Другое

Страховая компания

№ полиса

№ группы

Улица

Этаж/Кв./Офис

Город

Штат

Индекс

Обеспечение общественного страхования

Вид общественного страхования:

Медикэйд

Программа Child Health Plus (CHPlus)

Ежемесячные доплаты к CHPlus:

\$

Другое