

**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  Женский  Мужской  Не-бинарный/другой  Дата рождения (Месяц/День/Год)   Нерожденный  Ожидается **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  НеизвестноЕсли **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  НеизвестноПроживал ли возможный генетический родитель или предполагаемый родитель с ребенком в штате Нью-Йорк?  Да  Нет  НеизвестноПроживает 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  НеизвестноЕсли 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  ДругоеСтраховая 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