

التسجيل في خدمات إعالة الطفل – ما تحتاج إلى معرفته

يضع برنامج إعالة الطفل الأطفال في المقام الأول من خلال مساعدة كلا الوالدين على توفير الرفاه الاقتصادي والاجتماعي والصحة والاستقرار لأطفالهم. تشمل الخدمات المساعدة في تحديد مكان الوالدين غير الحاضنين، وتحديد النسب، وإنشاء إعانة الطفل والدعم الطبي، وجمع وتوزيع مدفوعات إعالة الطفل، وتعديل أوامر إعالة الطفل وتنفيذها.

باعتبارك متلقيًا لخدمات إعالة الطفل، سوف تقوم بما يلي:

- الحفاظ على سرية معلوماتك.
- تلقي إشعار بأنشطة حالة معينة.
- استلام الدفع الفوري للإعالة المحصلة.
- تلقي إشعار في الوقت المناسب لجلسات الاستماع المقررة.
- الحصول على نسخ من أوامر المحكمة وقرارات جلسات الاستماع.
- الحصول على الخدمات حتى لو لم يكن لديك وضع قانوني ولن يتم الإبلاغ عن حالتك أبدًا.

يحق لك:

- طلب إجراء فحص وراثي للتأكد من النسب.
- الاعتراض على بعض الإجراءات التي تتخذها.
- توكيل محامٍ ليمثلك.
- طلب مراجعة المدفوعات المستلمة والمصرفية.

يقع على عاتقك:

- تقديم معلومات لمعالجة قضيتك.
- تعبئة مستندات مطلوبة.
- التعاون معنا لاتخاذ الخطوة التالية في تقديم الخدمات.
- مشاركة التغييرات في ظروفك، مثل التغييرات في عنوانك ورقم هاتفك.
- التأكد من سداد جميع مدفوعات الإعالة من خلالنا.

ماذا سنفعل بعد استلام نموذج التسجيل لإعالة طفلك

سيتم برنامج إعالة الطفل خطوات لتزويد أطفالك بالإعالة التي يحتاجونها من الطرف الآخر، مثل الحصول على معلومات حول العناوين والوظيفة، ومساعدتك في إكمال إقرار النسب، وتقديم التماسات إلى المحكمة لإنشاء أو تعديل أمر الإعالة، والبدء في حجب الدخل. تأكد من تحديث برنامج إعالة الطفل. أخبرنا إذا كان هناك تغيير في حضانة الطفل، أو تغيير في عنوانك البريدي أو رقم هاتفك أو عنوان بريدك الإلكتروني، أو عند حصولك على معلومات جديدة عن الطرف الآخر. اتصل بخط المساعدة لبرنامج إعالة الطفل على الرقم **888-208-4485 (الهاتف النصي: 866-875-9975 - خدمة الترحيل)** أو اتصل بمكتب برنامج إعالة الطفل المحلي. يمكنك العثور على معلومات الاتصال لمكتب برنامج إعالة الطفل المحلي، بما في ذلك رابط البريد الإلكتروني، من على <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

الرسوم والمدفوعات والتسديدات

الرسوم:

يتطلب القانون الفيدرالي منا فرض رسوم سنوية قدرها 35 دولارًا على كل حالة قمنا فيها بجمع ما لا يقل عن 550 دولارًا من مدفوعات إعالة الطفل في الفترة ما بين 1 أكتوبر/تشرين الأول و30 سبتمبر/أيلول، إلا إذا لم تتلقَ **مطلقًا** المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). تُخصم الرسوم من إعالة الطفل التي تم تحصيلها.

المدفوعات:

يحدد القانون الفيدرالي وقانون الولاية كيفية تطبيقنا للمدفوعات. تكون الإعالة الحالية واجبة الدفع أولاً، ثم تُدفع أقساط التأمين الصحي، ثم تُدفع الإعالة المتأخر (المتأخرات) بعد ذلك.

إذا لم يكسب الوالد غير الحاضن ما يكفي لتغطية مبلغ إعالة الطفل الحالية وتكلفة تغطية الرعاية الصحية، فسيتم تحصيل مبلغ إعالة الطفل الحالية أولاً. وفي هذه الحالة، لن يتم دفع نفقات تغطية الرعاية الصحية.

لاحظ أنك قد لا تتلقى مدفوعات الإعالة التي أمرت بها بشكل مباشر من الوالد غير الحاضن. إذا حدث ذلك، فعليك أن تقوم بتحويل المدفوعات بشكل مباشر إلى New York State Child Support Processing Center (SDU), P.O. Box 15363, Albany, NY 12212-5363. **لا ترسل الأموال نقدًا عن طريق البريد.**

التسديدات:

يجوز الدفع عن طريق بطاقة الخصم أو الإيداع المباشر أو شيك وركي. في حالات نادرة، قد تحدث دفعة زائدة. من مسؤوليتك أن تعيد أو تسدد هذه الأموال. سوف نتصل بك لترتيب سداد المبلغ الزائد.

الشواغل المتعلقة بالسلامة

إذا كنا على علم بشواغلك المتعلقة بالسلامة، فيمكننا مساعدتك.

- إذا لم تتمكن من تلقي البريد بشكل آمن على عنوانك، فيمكن للمحكمة أن تسمح باستخدام عنوان بريدي بديل.
- يمكنك طلب الممثل أمام المحكمة عبر الهاتف أو الفيديو، بدلاً من الحضور شخصياً.
- ويمكنك أن تطلب من المحكمة، من بين احتياطات أخرى، عدم الكشف عن موقعك أو مكان إقامتك أو صاحب العمل.
- يمكن تحديد موعد مع مختبر لإجراء الاختبارات الجينية لتحديد النسب بشكل منفصل عن الوالد الآخر.
- يمكن وضع علامة على حالة إعالة الطفل الخاصة بك للحفاظ على سرية معلوماتك الشخصية.

الخدمات القانونية

إذا كان أطفالك يحصلون على معونة مؤقتة أو Medicaid، فسيتم تقديم الخدمات القانونية بدون تكلفة. بخلاف ذلك، يمكنك اختيار طلب الخدمات القانونية ودفع تكاليفها لإثبات النسب أو إنشاء أمر إعالة الطفل أو تعديله أو تنفيذه من خلال استكمال اتفاقية حق الاسترداد للخدمات القانونية (LDSS-4920). لا يتم توفير الخدمات القانونية لمسائل الحضانة أو الزيارة أو التفاوض أو صياغة اتفاقيات تأجير الأرحام.

إن المحامي الذي تم إسناد قضيتك إليه هو الممثل القانوني لمفوض دائرة الخدمات الاجتماعية وهو لا يمثلك بشكل شخصي. قد لا تظل أي معلومات تقدمها إلى محامي منطقة الخدمات الاجتماعية أو موظفيها سرية.

خصوصيتك

أرقام الضمان الاجتماعي: نحن نأخذ مع خصوصيتك على محمل الجد. يتطلب القسم (13)(a)466 من قانون الضمان الاجتماعي من جميع الأشخاص الخاضعين لأوامر إعالة الطفل تقديم أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم. تُحفظ أرقام الضمان الاجتماعي في سجلات الحالة ولا تُستخدم إلا للأغراض التي يسمح بها القانون، بما في ذلك تحديد مكان الوالدين لتحديد النسب و/أو إنشاء التزامات الإعالة وتعديلها وإنفاذها.

للحصول على معلومات إضافية، يُرجى الاطلاع على <https://otda.ny.gov/programs/applications/5258A.pdf> و childsupport.ny.gov.

نموذج التسجيل في برنامج إعالة الطفل

أخبرنا عنك

أنا (اختر واحداً): الوالدة(ة) الحاضن الوالدة(ة) غير الحاضن الوالدة(ة) المزعوم الوالدة(ة) الراغب إلى خدمات الوصي(ة) - القرابة:

ما هي اللغة التي تتحدث بها في أغلب الأحيان؟

الإنجليزية الإسبانية أخرى

ما هي اللغة التي تقرأها في أغلب الأحيان؟

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا

الشواغل المتعلقة بالسلامة

هل تشعر أنك ستعرض للأذى الجسدي أو العاطفي إذا طلبت خدمات إعالة الطفل؟ نعم لا

يمكنك تحديث المعلومات المتعلقة بالسلامة في أي وقت. حتى لو كنت قد أخبرت بالفعل موظف إعالة الطفل أو المعونة العامة أنه ليس لديك أي مشاغل تتعلق بالسلامة، فإن الأمور تتغير - ونريد مساعدتك على البقاء آمناً. سلامتك هي أولويتنا.

تاريخ إعالة الطفل

هل تتلقى خدمات إعالة الطفل حالياً؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

هل تلقيت خدمات إعالة الطفل في الماضي؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

تاريخ المعونة العامة

هل تقدمت بطلب للحصول على مزايا المعونة العامة أو هل تحصل عليها (على سبيل المثال، المعونة المؤقتة أو Medicaid)؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

هل تلقيت مزايا المعونة المؤقتة في الماضي؟ نعم لا

إذا أجبت بنعم، أين؟ المقاطعة الولاية رقم الحالة

آخر تاريخ تلقيت فيه المعونة (السنة/اليوم/الشهر):

الاسم الكامل

الأول الأوسط الأخير اللقب كُنيته أو اسم آخر تعرف به

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)/رقم التعريف الضريبي (ITIN) الجنس أنثى ذكر X أخرى

تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر)

عنوان المنزل

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

معلومات الاتصال

رقم هاتف المنزل رقم الهاتف المحمول رقم هاتف آخر عنوان البريد الإلكتروني

معلومات تغطية الرعاية الصحية

إذا كنت موظفاً أو تعمل، هل يوفر أو يقدم صاحب العمل/المؤسسة التي تعمل بها مزايا التأمين الصحي؟ نعم لا غير معروف

إذا كانت إجابتك "نعم" فما هو نوع التغطية؟ تغطية فردية تغطية عائلية لا يوجد غير معروف

هل يتلقى أطفالك مساعدة من برنامج Medicaid؟ نعم لا

حالة الزواج مع الطرف الآخر

هل كنت متزوجاً من الطرف الآخر في أي وقت؟ نعم، تاريخ الزواج: تاريخ الطلاق: لا

أخبرنا عن طرفك الآخر (أكمل نموذج التسجيل في برنامج إعالة الطفل لكل طرف آخر على حده).

الطرف الآخر هو (حدّد واحدًا): الوالدة (الحاضن) الوالدة (غير الحاضن) الوالدة (المزعوم) الوالدة (الراغب

الوصي(ة) - القرابة:

ضع علامة هنا إذا كنت لا تعرف أي جزء من اسم الطرف الآخر.

الاسم بالكامل

الأول الأوسط الأخير اللقب كُنيته أو اسم آخر تعرف به

تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر)

رقم الضمان الاجتماعي (SSN)/رقم التعريف الضريبي (ITIN) الجنس

أنثى ذكر X أخرى

العنوان

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل)

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

معلومات الاتصال

رقم هاتف المنزل رقم الهاتف المحمول رقم هاتف آخر عنوان البريد الإلكتروني

التوظيف

هل الطرف الآخر يعمل؟ نعم لا غير معروف تاريخ آخر توظيف:

عنوان صاحب العمل/مؤسسة العمل

الحالي آخر عنوان معروف

عنوان صاحب العمل/مؤسسة العمل

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف

هل الطرف الآخر يعمل لنفسه؟ نعم لا غير معروف

هل يتلقى الطرف الآخر مخصصات تأمين البطالة؟ نعم لا غير معروف

أخبرنا عن الأطفال الذين يحتاجون إلى إعالة من هذا الطرف الآخر

| الاسم (الأول/الأوسط/الأخير) | رقم الضمان الاجتماعي (SSN)/رقم التعريف الضريبي (ITIN) | تاريخ الميلاد (السنة/اليوم/الشهر) | الجنس | هل تم إثبات النسب؟ | إذا أجبت بنعم، كيف حدث ذلك؟ | هل هناك أمر إعالة لهذا الطفل؟ | إذا أجبت بنعم، ما هو تاريخ الأمر؟ |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|--|---|---|---|-----------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> غير مولود <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | <input type="checkbox"/> أمر المحكمة <input type="checkbox"/> إقرار النسب <input type="checkbox"/> مولود أثناء الزواج | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | |
| | | | <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> غير مولود <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | <input type="checkbox"/> أمر المحكمة <input type="checkbox"/> إقرار النسب <input type="checkbox"/> مولود أثناء الزواج | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | |
| | | | <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> غير مولود <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | <input type="checkbox"/> أمر المحكمة <input type="checkbox"/> إقرار النسب <input type="checkbox"/> مولود أثناء الزواج | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | |
| | | | <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> غير مولود <input type="checkbox"/> أخرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | <input type="checkbox"/> أمر المحكمة <input type="checkbox"/> إقرار النسب <input type="checkbox"/> مولود أثناء الزواج | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف | |

نموذج/تثبيت التسجيل في برنامج إعالة الطفل

بتوقيعي أدناه فإنني أفهم وأوافق على ما يلي:

أنا متقدم للحصول على خدمات إعالة الطفل بموجب قانون ولاية نيويورك للخدمات الاجتماعية، القسم g-111 ووفق الباب الرابع IV-D من قانون الضمان الاجتماعي الفدرالي، أو أتلقى معونة مؤقتة و/أو Medicaid. أقر وأؤكد بهذا، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب وأي وثائق مرفقة قد تم مراجعتها من قبلي وأنها صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. سأتعاون مع برنامج إعالة الطفل في جهودها لتوفير الخدمات، وأوافق على إخبار مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي فوراً بأي معلومات جديدة أو متغيرة ومتعلقة بالمعلومات التي وفرتها.

تلقيت مستنداً بعنوان التسجيل في خدمات إعالة الطفل - ما تحتاج إلى معرفته، يتضمن معلومات حول تسديد مدفوعات. إنني أدرك أنه في حالات نادرة، قد تحدث دفعة زائدة. أدرك أيضاً من مسؤوليتي أن أعيد أو أسدد هذه الأموال وأنكم ستتواصلون معي لطلب التسديد. يمكنني تسديد المبلغ الزائد، إما دفعة واحدة أو يجوز لي أن أطلب اقتطاع خمس وعشرين بالمائة (25%) من المبالغ المحصلة حتى يكتمل تسديد المبلغ الزائد. أدرك أن الموافقة على اقتطاع 25% من المبالغ المحصلة في المستقبل هو شأن اختياري.

أفهم أن برنامج إعالة الطفل قد يرسل المراسلات إلكترونياً، بما في ذلك، عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية أو الطرق الأخرى المتاحة. لضمان السرية، أفهم أنه من مسؤوليتي توفير عنوان بريد إلكتروني ورقم هاتف محمول آمن وصالح وفعال، وإخطار مكتب برنامج دعم الطفل المحلي إذا تغيرت هذه المعلومات.

البنود الاختيارية:

أنا لا أرغب في استلام المراسلات إلكترونياً.

أرغب في الحصول على خدمات إعالة الطفل حتى لو تبين أنني غير مؤهل للحصول على المعونة المؤقتة و/أو Medicaid. أدرك أنه قد يتم تحصيل مبلغ 35 دولار مني كرسوم خدمات سنوية إذا لم أكن قد تلقيت مساعدة من برنامج المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أبداً و تقوم خدمات إعالة الطفل بتحصيل مبلغ 550 دولار لي على الأقل أثناء السنة المالية الفدرالية (1 أكتوبر/تشرين الأول إلى 30 سبتمبر/أيلول).

أرغب في طلب الخدمات القانونية. (سيتم توفير نموذج اتفاقية الحق في الاستعادة للخدمات القانونية [LDSS-4920] حتى تكمله).

التوقيع:
الاسم بحروف واضحة:

معلومات إضافية عن الطرف الآخر

(على سبيل المثال، الوصف الجسدي/الصورة، واللغة الأساسية، ومعلومات السيارة، وحالة السجن)

For Agency Use Only

For Safety Net Assistance referrals only: I, the Commissioner or Commissioner's Designee of the social services district, hereby apply for child support services pursuant to New York State Social Services Law §111-g.

Commissioner/Designee Signature: Date:

Commissioner/Designee Printed Name:

Date Received Family Violence Yes No If YES, Family Violence Indicator

District Referral Case Number Assistance Program Worker Code

NY Case Identifier Child Support Worker Code

نموذج التسجيل - المستندات الداعمة

يُرجى توفير نسخ من كافة المستندات الداعمة إلى مكتب برنامج إعالة الطفل المحلي. تعتبر المستندات الداعمة ضرورية لبرنامج إعالة الطفل من أجل متابعة حالة إعالة الطفل الخاصة بك. تساعد المستندات الداعمة أيضاً المحكمة في تحديد دخل كل والد والتزام إعالة الطفل الأساسي. **ضع علامة (✓) في المربعات التي تشير إلى المستندات التي تقدمها.**
لا ترسل أية مستندات أصلية بالبريد.

المستندات العامة

إثبات هوية المتقدم (مثلاً رخصة القيادة، جواز السفر)

التماسات إعالة الطفل أمر (أوامر) الإعالة شهادة الزواج اتفاق الانفصال

وثيقة أو عقد الطلاق أمر (أوامر) حضانة أمر الحماية/ أمر الزجري بطاقات مزايا التأمين الصحي

ملخص تغطية برنامج مزايا التأمين الصحي أخرى

مستندات الوالد الحاضر

كعوب شيكات راتب حديثة أحدث إقرار ضريبي فدرالي وكل جداوله W-2

بطاقة الضمان الاجتماعي/ رسالة مصلحة الضرائب لرقم التعريف الضريبي الشخصي رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي (SSI)

أخرى

مستندات الطفل (لكل طفل)

شهادة الميلاد أمر إثبات النسب (على سبيل المثال، أمر البنوة، حكم النسب) إقرار الأبوة/ النسب

شهادة تزعم الأبوة/ النسب بطاقة الضمان الاجتماعي إثبات مصروفات رعاية الأطفال إثبات المصاريف التعليمية

إثبات مصروفات رعاية صحية غير مغطاة رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي / دخل الضمان التكميلي

اتفاقية معونة التبني (الدفعة بين الوالدين المتبنين ودائرة الخدمات الاجتماعية) أو اتفاقية الإلحاق (تم وضع الطفل بغرض التبني)

اتفاقية تأجير الأرحام/ المساعدة على الإنجاب أخرى

مستندات الوالد غير الحاضر/ الوالد المزعوم

بطاقة الضمان الاجتماعي/ رسالة مصلحة الضرائب لرقم التعريف الضريبي الشخصي كعوب شيكات راتب حديثة أحدث إقرار ضريبي فدرالي وكل جداوله

W-2 إخطار بمخصصات تأمين البطالة رسالة (رسائل) منح الضمان الاجتماعي/ دخل الضمان التكميلي

الخدمة العسكرية (DD-214) معلومات السجن، الإفراج المشروط أو الإفراج المبكر

إخطار بمخصصات المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) إثبات المعونة الطبية (MA)، معونة التغذية التكميلية (SNAP) و/ أو الإقامة بملجأ

معلومات حول الرخص المهنية، العملية، الوظيفية، الترفيهية أو القيادة

أخرى