LDSS-5143B-PO (Rev. 09/21)

Dodatkowe informacje i dziecku (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** ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nie-Binarny/a/Inny/a | **Data urodzenia** (miesiąc/dzień/rok) | Termin ☐ 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 ☐ Nieznana

Jeśli ***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 ☐ Nieznana

Czy Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic mieszkał z dzieckiem w stanie Nowy Jork? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nieznana

Czy 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 ☐ Nieznana

Jeśli „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 wydal nakaz

☐ Rodzinny ☐ Najwyższy ☐ Inny

Hrabstwa | Stan | Kraju

Informacja dot. ubezpieczenia zdrowotnego

Czy dziecko posiada ubezpieczenie zdrowotne ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nieznana

Jeśli „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 opiekuńczy ☐ Opiekun ☐ Rodzic niebędący opiekunem/Domniemany rodzic/Zamierzony rodzic ☐ Rodzic przyrodni ☐ Nieznana ☐ Inny

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 miesieczne premie: $

☐ Inny

Tylko w celach informacyjnych