

معلومات لطفل إضافي					صفحة ____ من ____
إذا كان لدى والد(ة) وصي (CP)، ولي أمر، أو والد(ة) غير وصي آخر (NCP) لحالات الرعاية بالتبني (FC) أكثر من طفل واحد مع (NCP)/الأب المفترض (PF) هذا، فإنه يجب ملء استمارة (LDSS-4882C) أو نسخة من الجزء 3 من (LDSS-4882) لكل طفل إضافي.					
(CIN) _____					رقم خط (WMS) _____
اسم الطفل	الأول	الأوسط	الأخير	لواحق	
(SSN)	-	-	(ITIN)	تاريخ الميلاد	شهر/يوم/سنة ____/____/____
الجنس	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> جنين تاريخ الولادة ____ / ____ / ____	الأم: الأول	الأوسط	الأخير	
		الأب: الأول	الأوسط	الأخير	
صلة ((PF)) / ((NCP)) بالطفل	<input type="checkbox"/> والد(ة) <input type="checkbox"/> زوج أم (زوجة أب) <input type="checkbox"/> أب مفترض				
الحالة الاجتماعية للوالدين	هل كانت الأم متزوجة من الأب أو زوج أم الطفل وقت ولادة الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، توجه إلى أسئلة "معلومات أمر الإعانة" أدناه. إذا "لا" أو "غير معروف"، توجه إلى أسئلة "تأكيد الأبوة" أدناه.				
تأكيد الأبوة	نرجو الملاحظة بأنه إذا لم يكن قد تم تأكيد الأبوة للطفل، فإنه يجب إكمال شهادة مشفوعة بالقسم بالأبوة.				
	هل تم تأكيد الأبوة؟ <input type="checkbox"/> نعم - توجه إلى أسئلة "تأكيد الأبوة" أدناه. لا حاجة لك بإكمال أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه. <input type="checkbox"/> لا - توجه إلى أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه. <input type="checkbox"/> غير معروف - توجه إلى أسئلة "ولاية النطاق القضائي" أدناه.				
ولاية النطاق القضائي	كيف تم تأكيد الأبوة؟ <input type="checkbox"/> تم تأكيدها في المحكمة بتاريخ ____ / ____ / ____ اسم المحكمة _____ <input type="checkbox"/> إقرار الأبوة بتاريخ ____ / ____ / ____				
	أين تم الحمل بالطفل؟ الولاية _____ البلد _____				
	هل كان (PF) يقدم نفقات أبوة أو إعانة للطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف هل سكن (PF) مع الطفل في ولاية نيويورك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف هل يسكن الطفل في ولاية نيويورك نتيجة لتصرفات أو أوامر من (PF)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف				
معلومات أمر الإعانة (أكمل فقط إذا كانت مختلفة لهذا الطفل)	هل هناك أمر إعانة لهذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، ما هو تاريخ الأمر؟ ____ / ____ / ____				
	هل هناك أمر بالتأمين الصحي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف				
مبلغ الالتزام	\$ _____ أسبوعي <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهري <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> غير ذلك _____				
	المحكمة التي أصدرت الأمر	<input type="checkbox"/> محكمة العائلة <input type="checkbox"/> المحكمة العليا <input type="checkbox"/> غيرها	المقاطعة/الولاية/البلد		
معلومات تغطية الرعاية الصحية (أكمل فقط إذا كانت مختلفة لهذا الطفل)	هل لدى الطفل تغطية رعاية صحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف إذا "نعم"، حدد نوع التغطية: <input type="checkbox"/> خاص - توجه إلى أسئلة "معلومات التأمين الصحي" أدناه. <input type="checkbox"/> عام - توجه إلى أسئلة "تغطية الرعاية الصحية العامة" أدناه. <input type="checkbox"/> غير معروف - توجه إلى "القسم ب - الوثائق الداعمة" على صفحة 7-A.				
	من يقدم تغطية الرعاية الصحية الخاصة للطفل؟ <input type="checkbox"/> (CP) <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> (PF)/(NCP) <input type="checkbox"/> زوج الأم (زوجة الأب) <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> غير ذلك _____				
	معلومات التأمين الصحي اسم حامل التأمين الصحي رقم الشارع طابق/شقة/جناح المدينة رقم المجموعة الولاية الرمز البريدي				
	حدد نوع تغطية الرعاية الصحية العامة: <input type="checkbox"/> مديكيد <input type="checkbox"/> برنامج (Family Health Plus) <input type="checkbox"/> برنامج (CHPlus) <input type="checkbox"/> غير ذلك _____ الإسهام الشهري للوالد(ة) في برنامج (CHPlus): \$ _____				

الجزء الرابع - معلومات الرعاية بالتبني (لاستعمال الوكالة فقط)							
يجب على المفوض أو من يعينه إكمال هذا القسم نيابة عن الخدمات الاجتماعية في المنطقة (SDD) أو مفوض مكتب خدمات الأطفال والعائلة (OCFS) للطفل الملحق في رعاية بالتبني.							إحالة الرعاية بالتبني
الأول	الأوسط	الأخير	لواحق	اسم الطفل			
رقم الحالة	حالة القضية <input type="checkbox"/> قيد الفتح <input type="checkbox"/> التغييرات أو التحديثات	تاريخ الإحالة ____ / ____ / ____		معلومات الحالة			
ما هي فئة الادعاء؟ <input type="checkbox"/> IV-E الرعاية بالتبني <input type="checkbox"/> غير IV-E- الرعاية بالتبني							
نوع الإلحاق		تاريخ الإلحاق		كلفة الرعاية		طوعي <input type="checkbox"/> بأمر المحكمة <input type="checkbox"/>	
اسم الوكالة، المنشأة، بيت الرعاية		اسم الوكالة		نوع المنشأة		\$ _____ لكل: <input type="checkbox"/> يوم <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة	
رقم الشارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
رقم الشارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
هل يتم تلقي معونة التبني نيابة عن الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		هل تتضمن المعونة مديكيد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		معلومات المعونة الحكومية			
مبلغ المعونة وموعد دفعها		\$ _____ لكل: <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> سنة					
الاسم		رقم الهاتف ()		مدير الحالة			
الاسم		رقم الهاتف ()		مدير الحالة			
<input type="checkbox"/> أتقدم بطلب للحصول على خدمات إعانة الطفل بصفتي المفوض أو المعين وهذه إحالة لرعاية بالتبني. توقيع المفوض/المعين _____ التاريخ _____							
طلب للحصول على خدمات إعانة الطفل							