

## 額外子女的資訊

第\_\_頁, 共\_\_頁

在寄養(FC)個案中, 如監護方家長(CP)、監護人或其他非監護方家長(NCP)與該 NCP/推定父親(PF)生有多名子女。則須為每一名額外的子女填寫 LDSS-4882C 表或 LDSS-4882 第 III 部份的副本。

CIN \_\_\_\_\_

WMS 行號 \_\_\_\_\_

子女姓名	名字	中間名	姓氏	後綴名	
SSN	-	-	ITIN	出生日期	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 胎兒 截止日期 ____/____/____	親生父母姓名	母親: 名字	中間名	姓氏
			父親: 名字	中間名	姓氏
NCP/PF 與該子女的關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 繼父母 <input type="checkbox"/> 推定父親				
父母的婚姻狀況	子女出生時, 母親是否與子女的父親或繼父有婚姻關係? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 如「是」, 請回答下列「撫養令資訊」問題。 如「否」或「未知」, 請回答下列「父子關係的確立」問題。				
<b>請注意, 如尚未為子女確立父子關係, 則須填寫父子關係宣誓書。</b>					
父子關係的確立	父子關係是否已確立? <input type="checkbox"/> 是 - 轉至「父子關係的確立」問題。您無需完成下列「管轄州」問題。 <input type="checkbox"/> 否 - 轉至「管轄州」問題。 <input type="checkbox"/> 未知 - 轉至「管轄州」問題。				
	父子關係是如何確立的? <input type="checkbox"/> 於 ____/____/____ 在法院確立 法院名稱 _____ <input type="checkbox"/> 於 ____/____/____ 確認父子關係	在哪個郡、州和國家/地區確立了父子關係? 郡 _____ 州 _____ 國家/地區 _____			
管轄州	子女在何處孕育? 州 _____ 國家/地區 _____				
	PF 是否提供產前檢查費用或子女撫養費用? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
	PF 以前是否曾與子女一起住在紐約州? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
	子女是否曾因 PF 的行為或指令而居住在紐約州? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
撫養令資訊 (僅當對於該子女不同時填寫)	是否為該子女獲得了撫養令? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 如「是」, 何時獲得撫養令? ____/____/____			命令中是否涵蓋健康保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	
	義務金額	_____ 美元 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	下發命令的法院	<input type="checkbox"/> 家庭法院 <input type="checkbox"/> 最高法院 <input type="checkbox"/> 其他	郡/州/國家/地區	法院卷宗號或索引號	
醫療保險資訊 (僅當對於該子女不同時填寫)	子女是否參加了醫療保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 如「是」, 確定保險類型: <input type="checkbox"/> 私人保險 - 轉至下列「醫療保險福利」問題。 <input type="checkbox"/> 公共保險 - 轉至下列「公共醫療保險」問題。 <input type="checkbox"/> 未知 - 轉至第 A-7 頁「第 B 節 - 支援文件」。				
	醫療保險福利	誰為該子女提供私人醫療保險? <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> 繼父母 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
		醫療保險承保人的名稱	保單號	群組號	
		街道 號	樓/室/套間	城市	州
公共醫療保險	請說明公共醫療保險的類型: <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> 其他 _____ 家長每月對 CHPlus 的供款: _____ 美元				

第 IV 部份 - 寄養服務資訊 (僅供代理機構使用) (Agency Use Only)				
<b>Foster Care Referral</b>	<b>The Commissioner or Designee must complete this section on behalf of the social services district (SSD) or the Office of Children and Family Services (OCFS) Commissioner for a child in Foster Care placement.</b>			
<b>Name of Child</b>	First	Middle	Last	Suffix
<b>Case Information</b>	Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates		Date of Referral ____ / ____ / ____
<b>Category</b>	What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care			
<b>Type of Placement</b>	<input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Court Ordered	Placement Date ____ / ____ / ____	Cost of Care \$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	
<b>Name of Agency, Facility, Foster Boarding Home</b>	County	Agency Name	Type of Facility	
<b>Placement Address</b>	No. Street	Floor/Apt./Suite	City	State Zip
<b>Subsidy Information</b>	Is an adoption subsidy received on behalf of the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the subsidy include Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Subsidy Amount and When It Is Paid	\$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year		
<b>Case Manager</b>	Name		Phone Number ( ) Ext.	
<b>Application for Child Support Services</b>	<input type="checkbox"/> I am applying for Child Support Services as the Commissioner or Designee and this is a Foster Care referral. Signature of Commissioner/Designee _____ Date _____			