

Enfòmasyon pou yon Lòt Timoun Paj ___ nan ___					
Si Paran ki Gen Lagad Timoun nan (CP), Responsab Legal Timoun nan, oswa Lòt Paran ki Pa Gen Lagad Timoun nan (NCP) pou dosye fanmi akèy (FC) gen plis pase yon timoun ki gen NCP/Papa Pitatif (FP) sa a, ou dwe ranpli yon fòm LDSS-4882C oswa yon kopi Pati III LDSS-4882 pou chak lòt timoun.					
CIN			Nimewo Liy WMS		
Non Timoun nan	Prenon	Dezyèm Prenon	Non Fanmi		Sifiks
SSN	- -	ITIN	- -	Dat Nesans	Mwa/Jou/Ane ___/___/___
Ti fi oswa ti gason	<input type="checkbox"/> Ti gason <input type="checkbox"/> Ti fi <input type="checkbox"/> Tibebe ki poko fèt Dat Akouchman ___/___/___	Non Paran Byolojik	Manman: Prenon	Dezyèm Prenon	Non Fanmi
			Papa: Prenon	Dezyèm Prenon	Non Fanmi
Sa NCP/PF pou Timoun nan	<input type="checkbox"/> Paran <input type="checkbox"/> Boparan <input type="checkbox"/> Papa Pitatif				
Sitiyasyon Fanmi Paran yo	Èske manman an marye avèk papa oswa bòpè timoun nan lè timoun nan te fèt? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen Si se "Wi," ale nan kesyon sou "Enfòmasyon sou Lòd Sipò" ko anba la a. Si se "Non" oswa "Pa Konnen," ale nan kesyon sou "Detèminasyon Patènite" ki anba la a.				
Tanpri sonje si yo pa t detèmine patènite pou timoun nan, ou dwe ranpli yon deklarasyon sou sèman pou patènite a.					
Detèminasyon Patènite	Èske ou te detèmine patènite? <input type="checkbox"/> Wi – Ale nan kesyon sou "Detèminasyon Patènite" ki anba la yo. Ou pa bezwen reponn kesyon sou "Eta Jiridiksyon" ki anba la yo. <input type="checkbox"/> Non – Ale nan kesyon sou "Eta Jiridiksyon" ki anba la yo. <input type="checkbox"/> Pa Konnen – Ale nan kesyon sou "Eta Jiridiksyon" ki anba la yo.				
	Kijan ou te detèmine patènite? <input type="checkbox"/> Detèmine nan Tribinal nan dat ___/___/___ Non Tribinal la _____ <input type="checkbox"/> Rekonesans Patènite nan dat ___/___/___	Nan ki konte, eta, ak peyi ou te detèmine patènite a? Konte _____ Eta _____ Peyi _____			
Eta Jiridiksyon	Ki kote timoun nan te fèt? Eta _____ Peyi _____				
	Èske PF te fè depans anvan akouchman oswa sipò pou timoun nan? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen				
	Èske PF ap viv avèk timoun sa a nan Eta New York? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen				
	Èske timoun nan ap viv nan Eta New York akòz aksyon oswa enstwiwksyon PF? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen				
Enfòmasyon sou Lòd Sipò (Ranpli li sèlman si li diferan pou timoun sa a)	Èske gen yon lòd sipò pou timoun sa a? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen		Èske gen lòd pou asirans sante? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen		
	Si se "Wi," ki dat lòd la? ___/___/___				
	Kantite lajan obligasyon an	\$ _____ <input type="checkbox"/> Chak semèn <input type="checkbox"/> Chak de semèn <input type="checkbox"/> Chak mwa <input type="checkbox"/> De fwa pa mwa(2) <input type="checkbox"/> Lòt _____			
Tribinal ki te Bay Lòd la	<input type="checkbox"/> Tribinal ki Okipe Zafè Fanmi <input type="checkbox"/> Tribinal Siprèm <input type="checkbox"/> Lòt	Konte/Eta/Peyi		Nimewo Rejis oswa Nimewo Endis Tribinal	
Enfòmasyon sou Pwoteksyon Asirans Sante (Ranpli li sèlman si li diferan pou timoun sa a)	Èske timoun nan gen pwoteksyon asirans sante? <input type="checkbox"/> Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pa Konnen				
	Si se "Wi," idantifye kalite pwoteksyon an: <input type="checkbox"/> Prive – Ale nan kesyon sou "Avantaj Asirans Sante" ki anba la yo. <input type="checkbox"/> Piblik – Ale nan kesyon sou "Pwoteksyon Swen Sante Piblik" ki anba la yo. <input type="checkbox"/> Pa Konnen – Ale nan "Seksyon B – Dokiman Sipò" ki nan paj A-7.				
	Avantaj Asirans Sante	Kimoun ki bay pwoteksyon swen sante prive timoun nan? <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Responsab Legal <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> Boparan <input type="checkbox"/> Pa Konnen <input type="checkbox"/> Lòt _____			
		Non Konpayi Asirans Sante		Nimewo kontra asirans lan	Nimewo Gwoup
Nimewo Ri		Etaj/Apt./Suit	Vil	Eta	Kòd Postal
Pwoteksyon Swen Sante Piblik	Endike kalite pwoteksyon swen sante piblik la: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> Lòt _____ Kontribisyon Paran nan CHPlus chak mwa: \$ _____				

Pati IV – Enfòmasyon sou Fanmi Akèy (Pou Ajans lan Itilize Sèlman) (Agency Use Only)				
Foster Care Referral	<i>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.</i>			
Name of Child	First	Middle	Last	Suffix
Case Information	Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates		Date of Referral _____/_____/_____
Category	What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care			
Type of Placement	<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	
Name of Agency, Facility, Foster Boarding Home	County	Agency Name	Type of Facility	
Placement Address	No. Street	Floor/Apt./Suite	City	State Zip
Subsidy Information	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		
Case Manager	Name		Phone Number () Ext.	
Application for Child Support Services	<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 _____			