

Informazioni relative a un altro figlio						Pagina ___ di ___	
Se il genitore affidatario (CP - Custodial Parent), il tutore o altro genitore non affidatario (NCP - Other Noncustodial Parent) per i casi di affido (FC - foster care) ha più di un figlio con questo NCP/padre putativo (PF - Putative Father) deve essere compilato un modulo LDSS-4882C o una copia della Parte III del LDSS-4882 per ogni figlio aggiuntivo.							
CIN _____						Numero riga WMS _____	
Nome del bambino/della bambina:	Nome	Secondo nome	Cognome		Suffisso		
Numero di sicurezza sociale	- -	ITIN	- -	Data di nascita	Mese/Giorno/Anno ___/___/___		
Sesso	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Non nato Data parto presunta ___/___/___	Nome del genitore biologico	Madre: Nome	Secondo nome	Cognome		
			Padre: Nome	Secondo nome	Cognome		
Relazione del NCP/PF con il minore	<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Matrigna/patrigno <input type="checkbox"/> Padre putativo						
Stato civile dei genitori	La madre era sposata con il padre o il patrigno del minore al momento della nascita del minore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so Se "Sì", passare alle domande "Informazioni sull'ordinanza di mantenimento" riportate più avanti. Se "No" o "Non so", passare alle domande "Accertamento della paternità" riportate più avanti.						
Si ricorda che, se per il minore non è stata accertata la paternità, occorre compilare un affidavit relativo alla paternità.							
Accertamento della paternità	La paternità è stata accertata? <input type="checkbox"/> Sì – Passare alle domande più avanti "Accertamento della paternità". <u>Non</u> è necessario compilare le domande sottostanti relative allo "Stato di giurisdizione". <input type="checkbox"/> No – Passare alle domande sottostanti relative allo "Stato di giurisdizione". <input type="checkbox"/> Non so – Passare alle domande sottostanti relative allo "Stato di giurisdizione".						
	Come è stata accertata la paternità?			In quale contea, Stato e nazione è stata accertata la paternità?			
<input type="checkbox"/> Accertata in tribunale in data ___/___/___ Nome del tribunale _____			Contea _____ Stato _____ Nazione _____				
<input type="checkbox"/> Riconoscimento della paternità in data ___/___/___							
Stato di giurisdizione	Dove è stato concepito il minore? Stato _____ Nazione _____						
	Il PF ha provveduto alle spese prenatali o al mantenimento del minore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so						
	Il PF ha risieduto con il minore nello Stato di New York? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so						
	Il minore risiede nello Stato di New York State a seguito di azioni o indicazioni del PF? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so						
Informazioni sull'ordinanza di mantenimento (Compilare solo se diverse per questo minore)	Esiste un'ordinanza di mantenimento per questo minore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so				È stata ordinata un'assicurazione sanitaria?		
	Se "Sì", qual è la data dell'ordinanza? ___/___/___				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so		
	Importo dell'obbligo	\$ _____ <input type="checkbox"/> ogni settimana <input type="checkbox"/> ogni due settimane <input type="checkbox"/> ogni mese <input type="checkbox"/> due volte al mese <input type="checkbox"/> Altro _____					
Tribunale che ha emanato l'ordinanza	<input type="checkbox"/> Tribunale per la famiglia <input type="checkbox"/> Corte suprema <input type="checkbox"/> Altro	Contea/Stato/Nazione		Numero di estratto o indice del tribunale			
Informazioni sulla copertura assicurativa sanitaria (compilare solo se diverse per questo minore)	Il minore ha una copertura per le cure sanitarie? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so						
	Se "Sì", individuare il tipo di copertura: <input type="checkbox"/> Privata – Passare alle domande "Prestazioni assicurative sanitarie" riportate più avanti. <input type="checkbox"/> Pubblica – Passare alle domande "Copertura sanitaria pubblica" riportate più avanti. <input type="checkbox"/> Non so – Passare alla "Sezione B – Documentazione giustificativa" a pagina A-7.						
	Prestazioni assicurative sanitarie	Chi fornisce la copertura per le cure sanitarie del minore? <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> Matrigna/patrigno <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Altro _____					
		Nome dell'assicuratore sanitario		Numero di polizza		Numero gruppo	
Copertura sanitaria pubblica	N. civico		Via		Piano/App./Suite		Città
	Stato		CAP				
Indicare il tipo di copertura sanitaria pubblica: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> Altro _____							
Contributo mensile CHPlus del genitore: \$ _____							

Parte IV – Informazioni sull'affido (Riservato all'agenzia)					
Segnalazione affido	<i>Il Commissario o Delegato deve compilare questa sezione a nome del distretto dei servizi sociali (SSD - social services district) o del Commissario dell'Ufficio per i servizi ai bambini e alle famiglie (OCFS - Office of Children and Family Services) per i minori sistemati in affido.</i>				
Nome del bambino/della bambina:	Nome	Secondo nome	Cognome	Suffisso	
Informazioni pratica	Numero pratica	Stato pratica <input type="checkbox"/> Apertura <input type="checkbox"/> Riapertura <input type="checkbox"/> Variazioni o aggiornamenti		Data della segnalazione ____ / ____ / ____	
Categoria	Qual è la categoria di richiesta? <input type="checkbox"/> Affido IV-E <input type="checkbox"/> Affido Non-IV-E				
Tipo di sistemazione	<input type="checkbox"/> Volontaria <input type="checkbox"/> Ordinata dal tribunale	Data di sistemazione ____ / ____ / ____	Costo dell'assistenza \$ ____ per ogni: <input type="checkbox"/> giorno <input type="checkbox"/> settimana <input type="checkbox"/> mese <input type="checkbox"/> anno		
Nome dell'agenzia, della struttura, della casa che accoglie l'affido	Contea	Nome dell'agenzia		Tipo di struttura	
Indirizzo di sistemazione	N. civico	Via	Piano/App./Suite	Città	Stato CAP
Informazioni sul sussidio	Viene ricevuto un sussidio adozione a favore del minore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Il sussidio include Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	Importo del sussidio e frequenza di pagamento		\$ _____ per: <input type="checkbox"/> settimana <input type="checkbox"/> mese <input type="checkbox"/> anno		
Responsabile della pratica	Nome		Numero di telefono () Int.		
Domanda per i servizi relativi al mantenimento figli	<input type="checkbox"/> Richiedo i servizi relativi al mantenimento figli quale Commissario o Delegato e la presente è una segnalazione di affido. Firma del Commissario/Delegato _____ Data _____				