

Информация в отношении дополнительного ребенка				Стр. ___ из ___	
<p><b>Если родитель, проживающий совместно с ребенком/детьми (CP), опекун, или другой родитель, не проживающий совместно с ребенком/детьми (NCP), в случае патронатного воспитания (FC), имеет претензии к родителю, не проживающему совместно с ребенком/детьми (NCP)/предполагаемому отцу (PF) в отношении нескольких детей, на каждого дополнительного ребенка необходимо приложить отдельную форму LDSS-4882C или копию Части III формы LDSS-4882.</b></p>					
CIN			Номер линии WMS		
Фамилия/имя ребенка	Имя	Второе имя	Фамилия	Суффикс	
SSN	- -	ITIN	- -	Дата рождения	Месяц/Число/Год (___ / ___ / ___)
Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Нерожденный(-ая) Предполагаемая дата ___ / ___ / ___	Фамилия/имя биологического родителя	Мать: первое имя	Второе имя	Фамилия
			Отец: первое имя	Второе имя	Фамилия
Отношение родителя, не проживающего совместно с ребенком/детьми (NCP)/предполагаемого отца (PF) к ребенку		<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Приемный родитель <input type="checkbox"/> Предполагаемый отец			
Брачное положение родителей	Состояла ли мать в браке с отцом или приемным отцом ребенка на момент рождения ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если «Да», перейдите к вопросам секции «Информация о распоряжении о содержании» ниже. Если «Нет» или «Неизвестно», перейдите к вопросам секции «Установление отцовства» ниже.				
<b>Обратите внимание, что в отсутствие установленного отцовства в отношении ребенка, необходимо оформить заявление о признании отцовства.</b>					
Установление отцовства	Установлено ли отцовство? <input type="checkbox"/> Если «Да», перейдите к вопросам секции «Установление отцовства» ниже. Вам <u>не</u> нужно отвечать на вопросы секции «Вопросы юрисдикции» ниже. <input type="checkbox"/> Если «Нет», перейдите к вопросам секции «Вопросы юрисдикции» ниже. <input type="checkbox"/> Если «Неизвестно», перейдите к вопросам секции «Вопросы юрисдикции» ниже.				
	Каким образом установлено отцовство? <input type="checkbox"/> Установлено в судебном порядке (дата) ___ / ___ / ___ Название судебной инстанции _____ <input type="checkbox"/> Признание отцовства (дата) ___ / ___ / ___	Укажите округ, штат и страну, в которых было установлено отцовство. Округ _____ Штат _____ Страна _____			
Вопросы юрисдикции	Где был зачат ребенок?    Штат _____    Страна _____				
	Нес ли PF расходы по обеспечению ухода за ребенком/содержания ребенка в предродовом периоде? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно				
	Проживал ли PF с ребенком в штате Нью-Йорк? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно				
Информация в отношении распоряжения о содержании (заполните эту секцию, если данные для этого ребенка отличаются)	Существует ли распоряжение о содержании ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно			Входят ли в распоряжение требования об обеспечении медицинского страхования?	
	Если «Да», укажите дату распоряжения?    ___ / ___ / ___			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
	Сумма обязательств	\$ _____ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Прочее _____			
	Судебная инстанция, выдавшая распоряжение	<input type="checkbox"/> Суд по семейным делам <input type="checkbox"/> Суд первой инстанции <input type="checkbox"/> Проч.	Округ/Штат/Страна	Регистрационный номер в суде	
Данные в отношении медицинского страхования (заполните эту секцию, если данные для этого ребенка отличаются)	Пользуется ли ребенок медицинским страхованием? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если «Да», обозначьте тип страхования: <input type="checkbox"/> Частное страхование – перейдите к вопросам секции «Обеспечение медицинского страхования» ниже. <input type="checkbox"/> Общественное страхование – перейдите к вопросам секции «Общественное медицинское страхование» ниже. <input type="checkbox"/> «Неизвестно» – перейдите к «Разделу В – Сопроводительная документация» на стр. А-7.				
	Обеспечение медицинского страхования	Кто обеспечивает частное медицинское страхование ребенка? <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> Приемный отец <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Другие _____			
		Поставщик услуг медицинского страхования	Номер полиса	Номер группы	
		№    Улица    Этаж/кв./апартаменты	Город	Штат	Индекс
	Общественное медицинское страхование	Укажите программу общественного медицинского страхования: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> Проч. _____ Укажите размер месячного взноса родителя в рамках программы CHPlus: \$ _____			

<b>Часть IV – Информация в отношении патронатного воспитания (только для внутреннего использования) (Agency Use Only)</b>				
<b>Foster Care Referral</b>	<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>			
<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 _____			