

Sở Dịch vụ Dân Sinh Mississippi
Đơn xin Dịch vụ Cấp dưỡng Nuôi con

Tôi, _____, đang nộp đơn xin hoặc đã được giới thiệu các dịch vụ cấp dưỡng nuôi con. Tên Tên đệm Tên thời con gái Họ

THÔNG TIN VỀ (CÁC) CON: Thông tin liên quan đến (các) con được sinh ra từ mối quan hệ giữa một cặp cha mẹ đã kết hôn với nhau. Cần điền đơn riêng khi con cái không được sinh ra bởi một cặp cha mẹ đã kết hôn với nhau. Ví dụ: Mẹ đẻ là người nộp đơn. Các con của bà là con của hai người cha khác nhau. Cần liệt kê (các) con của từng người cha vào một đơn riêng.

Tên Người con Thứ nhất _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____
Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: _____

Tên Người con Thứ hai _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____
Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____
Được Mang thai tại Tiểu bang: _____

Nếu có thêm con, vui lòng điền vào mẫu thông tin bổ sung. Trẻ có

bảo hiểm y tế không? Có Không

Trẻ có phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ không? Có Không. Nếu không, vui lòng liệt kê tên và quốc gia có quốc tịch của từng trẻ:

THÔNG TIN VỀ CHA/MẸ CÓ QUYỀN NUÔI CON (CP): Thông tin liên quan đến người có quyền nuôi con thực tế. CP có thể là mẹ, cha của (các) trẻ hoặc một người lớn khác.

Tên: _____ Số An sinh Xã hội: _____

Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____ Cấp lớp Cuối cùng đã Hoàn thành: _____

CP có phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ không? Có Không. Nếu không, Quốc gia có quốc tịch là gì? _____

Địa chỉ Email: _____

Địa chỉ Gửi thư: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Số điện thoại Nhà: _____ Số điện thoại Di động: _____ Số điện thoại Cơ quan: _____

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động: _____

Số điện thoại của Người sử dụng Lao động: _____

Mối quan hệ với cha/mẹ không có quyền nuôi con:

Đã kết hôn: Ngày Kết hôn: _____ Kết hôn tại Quận và Tiểu bang: _____

Đã ly hôn: Ngày Ly hôn: _____ Nơi Ly hôn: _____

Ly thân Chưa kết hôn Mối quan hệ khác: Ghi rõ: _____

THÔNG TIN VỀ CHA/MẸ KHÔNG CÓ QUYỀN NUÔI CON (NCP): Thông tin về cha/mẹ không có quyền nuôi con chính.

NCP có thể là người mẹ hoặc cha của (các) trẻ. Ví dụ, khi trẻ sống với cha. Người mẹ của trẻ sẽ là NCP

Tên: _____ Số An sinh Xã hội: _____ Giới tính: _____

Ngày sinh: _____ Dân tộc: _____ Chiều cao: _____ Cân nặng: _____ Màu tóc: _____ Màu

mắt: _____ Cấp lớp Cuối cùng đã Hoàn thành: _____

Mô tả các Vết sẹo/Hình xăm: _____

Các tên khác được sử dụng: _____

NCP có phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ không? Có Không Nếu có, vui lòng ghi rõ NCP đã sinh ở thành phố, quận và tiểu bang nào: _____

Nếu NCP không phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ, vui lòng ghi rõ quốc gia có quốc tịch? _____

Địa chỉ Gửi thư: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Địa chỉ Email: _____

Số điện thoại của NCP: Điện thoại nhà: _____ Điện thoại di động: _____ Khác: _____

NCP hiện có đang bị giam giữ không: Có Không Không xác định

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động của NCP: _____

Số điện thoại của Người sử dụng Lao động: _____

Nếu NCP làm việc cho nhiều người sử dụng lao động, vui lòng điền thông tin bổ sung vào mẫu thông tin bổ sung.

NCP có Bảo hiểm Y tế không? Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê các con được bảo hiểm theo bảo hiểm của NCP bên dưới:

NCP hiện có lệnh nộp tiền cấp dưỡng nuôi con đối với (các) con có tên ở trên không? Có Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết sau đây về lệnh:

Số tiền: \$ _____ Ngày ban hành Lệnh: _____ Quận: _____ Tiểu bang: _____

Mối quan hệ của NCP với (các) Con:

- Cha mẹ đã kết hôn với nhau khi mang thai/sinh (các) con
- Cha mẹ tự nhận, quan hệ cha con chưa được xác lập
- NCP là người mẹ
- Người cha hợp pháp có quan hệ cha con được xác lập theo một trong các cách thức sau:
 - Quan hệ Cha con được xác nhận tại Bệnh viện (đã ký giấy khai sinh) Xét nghiệm Di truyền Lệnh Tòa án
 - Thỏa thuận theo Quy định: Khác, vui lòng ghi rõ: Ngày xác lập quan hệ cha con: _____

Vui lòng sử dụng khoảng trống này để cung cấp thêm thông tin về NCP, ví dụ thông tin liên quan đến tài chính, địa điểm, quá trình làm việc, bằng cấp hoặc chứng chỉ đại học, địa chỉ trước đây và các nguồn thu nhập khác của NCP: _____

THÔNG TIN VỀ CHA/MẸ ĐỂ KHÁC (OBP)/CHA MẸ HỢP PHÁP: OBP là cha/mẹ đẻ/hợp pháp khác (không phải NCP ở trên) trong trường hợp (các) con sống với người khác không phải là cha/mẹ đẻ/hợp pháp. Cần phải điền phần này khi CP là người khác, không phải là mẹ hoặc cha. Ví dụ, trẻ sống với ông/bà, người có quyền giám hộ hoặc quyền nuôi dưỡng trẻ. Ông/bà là CP. Nếu người cha được liệt kê là NCP ở trên, người mẹ sẽ là OBP dưới đây.

Tên: _____ Số An sinh Xã hội: _____ Giới tính: _____

Ngày sinh: _____ Dân tộc: _____ Chiều cao: _____ Cân nặng: _____ Màu tóc: _____ Màu

mắt: _____ Cấp lớp Cuối cùng đã Hoàn thành: _____

Mô tả các

Vết sẹo/ Hình xăm:

Các tên khác được sử dụng: _____

OBP có phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ OBP đã sinh ở thành phố, quận và tiểu bang nào: _____

Nếu OBP không phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ, vui lòng ghi rõ quốc gia có quốc tịch? _____

Địa chỉ Email: _____

Địa chỉ Gửi thư: _____

Địa chỉ Nhà: _____

Số điện thoại: Điện thoại nhà: _____ Điện thoại di động: _____

OBP hiện có đang bị giam giữ không? Có Không Không xác định

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động: _____

Số điện thoại của Người sử dụng lao động: _____

Nếu OBP làm việc cho nhiều người sử dụng lao động, vui lòng điền thông tin bổ sung vào mẫu thông tin bổ sung.

OBP có Bảo hiểm Y tế không? Có Không Nếu có, vui lòng liệt kê các con được bảo hiểm theo bảo hiểm của OBP bên dưới:

Mối quan hệ của OBP với CP là gì? Con cái Đã kết hôn Chưa kết hôn Đã ly hôn Ly thân Khác, vui lòng ghi rõ _____

Mối quan hệ của OBP với NCP là gì? Đã kết hôn Chưa kết hôn Đã ly hôn Ly thân Khác, vui lòng ghi rõ _____

Vui lòng sử dụng khoảng trống này để cung cấp thêm thông tin về OBP, ví dụ thông tin liên quan đến tài chính, địa điểm, quá trình làm việc, bằng cấp hoặc chứng chỉ đại học, địa chỉ trước đây và các nguồn thu nhập khác của OBP: _____

Tôi cho phép Sở Dịch vụ Nhân sinh Mississippi (MDHS) thực hiện loại dịch vụ sau:**Vui lòng chỉ đánh dấu chọn một ô**

- Dịch vụ chỉ xác định địa chỉ.** (MDHS sẽ cố gắng xác định địa chỉ của NCP. Các trường hợp Hỗ trợ Công cộng không thể chọn dịch vụ chỉ xác định địa chỉ.)
- Chỉ Dịch vụ Giải ngân Khoản khấu trừ Thu nhập.** (MDHS sẽ không cung cấp bất kỳ hình thức thi hành nào khác và nếu NCP thay đổi việc làm, MDHS sẽ không tự động ban hành lệnh khấu trừ mới. (Các trường hợp Hỗ trợ Công cộng không thể chọn dịch vụ này.)
- Toàn bộ các dịch vụ được liệt kê dưới đây:**
- Xác định địa chỉ của cha/mẹ không có quyền nuôi con;
 - Xác lập quan hệ cha con hợp pháp cho (các) con của tôi;
 - Xin lệnh cấp dưỡng nuôi con hợp pháp cho (các) con, bao gồm bảo hiểm y tế hoặc yêu cầu sửa đổi lệnh cấp dưỡng nuôi con nếu đã có;
 - Thi hành lệnh cấp dưỡng nuôi con bằng bất kỳ cách thức nào được pháp luật cho phép;
 - Thu và trao các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con theo hướng dẫn của Liên bang và luật của Tiểu bang Mississippi;
 - Tiết lộ hoàn cảnh của tôi trong biên bản bào chữa hoặc các tài liệu khác được nộp khi tiến hành thủ tục tố tụng để thi hành/xác định cấp dưỡng nuôi con cho (các) con tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền xác định lý do chính đáng nếu gặp phải rủi ro một cách vô lý liên quan đến sức khỏe, sự an toàn hoặc quyền tự do của tôi hoặc (các) con tôi nếu thông tin liên quan đến hoàn cảnh của tôi được tiết lộ như đã nêu ở trên.

Trong một số trường hợp, MDHS có thể yêu cầu NCP phải nộp tiền cấp dưỡng tối đa một năm trước khi nộp đơn. Không phải tất cả các trường hợp đều đủ điều kiện được cấp dưỡng trước và chúng tôi không đảm bảo cấp dưỡng trước sẽ được trao hoặc chỉ trả khi yêu cầu được đưa ra.

- Quý vị có muốn MDHS yêu cầu cấp dưỡng trước không? Có Không

LO NGẠI VỀ AN TOÀN: MDHS rất coi trọng sự an toàn của các gia đình và có thể điều chỉnh một số quy trình để giải quyết các vấn đề lo ngại về an toàn. Việc tiết lộ thông tin không phải là cáo buộc hình sự đối với bất kỳ bên nào trong trường hợp này, đồng thời cũng không phải là yêu cầu MDHS tránh yêu cầu các dịch vụ. Thay vào đó, thông tin này được MDHS sử dụng để quản lý trường hợp của quý vị và bảo vệ thông tin của quý vị tốt hơn. MDHS coi việc tiết lộ thông tin này là bí mật và sẽ không tiết lộ cho bất kỳ bên nào khác, kể cả người cha/mẹ kia.

Để hiểu rõ hơn những lo ngại về an toàn của quý vị, vui lòng đánh dấu chọn tất cả các ô phù hợp:

- Người cha/mẹ kia không biết tôi đang nộp đơn xin dịch vụ và tôi lo lắng về phản ứng của người đó.
- Tôi có lệnh hạn chế đối với người cha/mẹ kia.
- Tôi lo lắng về việc người cha/mẹ kia lấy được địa chỉ và thông tin liên hệ của tôi.
- Tôi sợ người cha/mẹ kia.
- Tôi sợ gặp người cha/mẹ kia trước tòa hoặc tại văn phòng của MDHS.
- Người cha/mẹ kia đã bị kết án về bạo lực gia đình hoặc một tội danh khác có liên quan (tấn công, lạm dụng tình dục, quấy rối, v.v.)

Tôi đang nhận được phúc lợi hỗ trợ công cộng, ví dụ như SNAP/TANF/MEDICAID và các hoàn cảnh sau đây áp dụng cho trường hợp của tôi:

- Tôi mang thai (các) con do bị hiếp dâm hoặc loạn luân.
- Một trẻ được liệt kê trong đơn này đã bị kết án trọng tội hoặc kết án tù hai (2) năm trở lên.
- Các thủ tục tố tụng pháp lý để nhận con nuôi đang chờ xử lý tại tòa án có thẩm quyền.
- Tôi đang nhận trợ giúp từ cơ quan dịch vụ xã hội công cộng hoặc tư nhân được cấp phép nhằm giúp tôi xác định xem tôi có nên cho phép con mình được nhận nuôi hay không.

Bằng cách ký vào đơn này, tôi hiểu rằng:

- Tôi đã chuyển cho MDHS bất kỳ và tất cả các quyền và lợi ích trong bất kỳ hành động nào trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai mà tôi hoặc (các) con có trong đơn này có thể có đối với bất kỳ người cha/mẹ nào không cấp dưỡng cho (các) con vị thành niên;
- Phí không hoàn lại \$25 sẽ được tính làm phí nộp đơn và để bù đắp chi phí của bất kỳ dịch vụ nào được thực hiện cho những người nộp đơn không nhận được hỗ trợ công cộng [Hỗ trợ Tạm thời cho các Gia đình Khó khăn (TANF) hoặc Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)]. Không hành động nào sẽ được thực hiện cho đến khi phí nộp đơn được nộp;
- Một khoản phí hàng năm không hoàn lại \$35 sẽ được thu từ khoản tiền cấp dưỡng nuôi con được trao vượt quá \$550 từ tháng 10 đến tháng 9 hàng năm cho những người nộp đơn hiện không nhận được các quyền lợi từ Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP) và những người chưa bao giờ nhận được các quyền lợi của chương trình Hỗ trợ Tạm thời cho các Gia đình Khó khăn (TANF). Khoản tiền này sẽ được thu từ (các) lần thanh toán được trao tiếp theo cho đến khi khoản phí này được nộp đủ.
- Có thể phát sinh các khoản phí bổ sung cần thiết như: án phí, phí nộp hồ sơ, phí dịch vụ xử lý;
- MDHS không đảm bảo các nỗ lực của MDHS thay mặt cho tôi sẽ thành công.
- Nếu tôi không hợp tác với MDHS, trường hợp của tôi có thể bị đóng sau khi có thông báo trước và các văn phòng hỗ trợ công cộng sẽ được thông báo, nếu có. Hỗ trợ công cộng bao gồm, nhưng không giới hạn, văn phòng SNAP/TANF, văn phòng Medicaid và/hoặc văn phòng Chăm sóc Trẻ em.
- Tôi hiểu các hình phạt hình sự do khai báo gian dối và thề sai sự thật và tôi xin xác nhận tính xác thực của thông tin được cung cấp. [Thề sai sự thật có thể bị phạt tiền tối đa \$1.000 hoặc phạt tù một năm hoặc cả hai.];
- Nếu tôi có lệnh cấp dưỡng hiện hành, sau khi nộp phí nộp đơn cho các dịch vụ cấp dưỡng nuôi con, các khoản thanh toán sẽ tự động được chuyển đến MDHS. Khi yêu cầu đóng trường hợp cấp dưỡng nuôi con, tôi có trách nhiệm chuyển các khoản thanh toán này trước tòa;
- Tôi có trách nhiệm thông báo cho MDHS về bất kỳ khoản thanh toán trực tiếp nào mà tôi nhận được từ người cha/mẹ không có quyền nuôi con hoặc bất kỳ lệnh cấp dưỡng nuôi con tiếp theo nào mà tôi nhận được;
- Nếu tôi nhận được bất kỳ khoản tiền nào được gửi nhầm cho tôi, tôi sẽ phải hoàn trả khoản thanh toán thừa đó;
- Luật sư chuyên biệt của tiểu bang và/hoặc luật sư đại diện theo hợp đồng riêng cung cấp dịch vụ theo đơn xin dịch vụ cấp dưỡng nuôi con này:
 - Không đại diện cho tôi trong bất kỳ vụ kiện nào có thể xảy ra.
 - Chỉ đại diện cho tiểu bang và lợi ích của tiểu bang.
 - Không thể tư vấn pháp lý cho tôi; hơn nữa, tôi hiểu rằng tôi nên liên hệ với luật sư riêng của mình nếu muốn được tư vấn pháp lý.
 - Không xử lý quyền nuôi dưỡng hoặc quyền thăm nom.
- Bất kỳ khoản tiền nào do tôi trả theo đây không phải là phí luật sư;
- Tôi và/hoặc người cha/mẹ kia có quyền yêu cầu xem xét bằng văn bản nghĩa vụ cấp dưỡng ba năm một lần để đảm bảo số tiền cấp dưỡng được căn cứ theo các hướng dẫn đã được xác lập một cách phù hợp và xem xét này có thể làm tăng hoặc giảm nghĩa vụ cấp dưỡng nuôi con; và
- Các trường hợp chỉ xác định địa chỉ của phụ huynh hoặc Chỉ Dịch vụ Giải ngân Khoản khấu trừ Thu nhập sẽ không bị tính phí;
- Một điều kiện để tôi được nhận giấy chứng nhận chăm sóc con và các hỗ trợ công cộng khác là tôi phải nộp đơn xin và hợp tác với cơ quan thi hành cấp dưỡng nuôi con; và
- Tôi phải thông báo cho MDHS ngay lập tức khi thay đổi địa chỉ.

Nếu tôi đang yêu cầu các dịch vụ với tư cách là cha/mẹ có quyền nuôi dưỡng hoặc cha/mẹ đẻ khác, tôi xác nhận rằng nhân viên phụ trách cấp dưỡng nuôi con sẽ liên hệ với cha/mẹ không có quyền nuôi con và sắp xếp một cuộc gặp với họ để cố gắng đạt được thỏa thuận trả tiền cấp dưỡng nuôi con. Số tiền cấp dưỡng nuôi con sẽ dựa trên thu nhập của người đó. Nếu có bất kỳ thông tin nào chưa được tôi cung cấp trong đơn này và MDHS nên biết trước cuộc gặp này (ví dụ thu nhập của cha/mẹ không có quyền nuôi con, người sử dụng lao động, v.v.), tôi phải liên hệ với nhân viên phụ trách cấp dưỡng nuôi con ngay lập tức. MDHS sẽ sử dụng tất cả thông tin được cung cấp khi xác định số tiền cấp dưỡng nuôi con được quy định trong lệnh.

Nếu tôi đang yêu cầu các dịch vụ với tư cách là cha/mẹ có quyền nuôi dưỡng, tôi hiểu rằng khi ký vào tài liệu này, tôi đồng ý ủy quyền cho MDHS chuyển các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con cho tôi qua thẻ ghi nợ. Tôi đã được thông báo về các khoản phí giao dịch thẻ ghi nợ. Tôi hiểu rằng tôi có quyền chọn ký kết thỏa thuận gửi tiền trực tiếp với MDHS thay cho việc sử dụng thẻ ghi nợ. MDHS sẽ chuyển các khoản thanh toán qua thẻ ghi nợ cho đến khi tôi yêu cầu ký kết thỏa thuận gửi tiền trực tiếp, đã điền và gửi các mẫu cần thiết, đồng thời cho MDHS và tổ chức tài chính của tôi khoảng thời gian hợp lý để thiết lập các giao dịch gửi tiền trực tiếp.

Tôi xin thề và khẳng định rằng tôi đã đọc tất cả thông tin được cung cấp trên đơn này và thông tin tôi cung cấp trên Đơn xin Dịch vụ Cấp dưỡng Nuôi con này là chính xác và đúng theo toàn bộ hiểu biết của tôi theo hình phạt về tội khai man.

Chữ ký của Người nộp đơn: _____ Ngày tháng: ____/____/____

Vui lòng gửi đơn đã điền của quý vị qua đường bưu điện cùng với séc hoặc lệnh chuyển tiền \$25,00 tới:

MDHS-Division of Child Support
P.O. Box 1449
Yazoo City, MS 39194

Dành cho Văn phòng:

NGÀY NHẬN: ____/____/____

MÃ SỐ NHÂN VIÊN: _____

MÃ SỐ TRƯỜNG HỢP: _____

NGƯỜI NỘP ĐƠN: CP NCP OBPLOẠI DỊCH VỤ: Xác định địa chỉ IWO Toàn bộ Dịch vụCHỈ BÁO BẠO LỰC GIA ĐÌNH ĐƯỢC XEM XÉT VÀ GẮN CỜ: Có Không Không ápdụng ĐÃ XÁC ĐỊNH LÝ DO CHÍNH ĐÁNG: Có Không Không áp dụng

NGÀY XỬ LÝ: ____/____/____ 614 ĐÃ

PHÂN BỐ: Có Không577 ĐÃ HOÀN THÀNH: Có Không Không áp dụngĐÃ CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ GỬI TIỀN TRỰC TIẾP: Có Không Không áp dụng**Thông tin Bổ sung**

THÔNG TIN VỀ (CÁC) CON BỔ SUNG: Nếu quý vị đăng ký dịch vụ cho nhiều hơn hai con của cùng một người cha, vui lòng điền thông tin dưới đây cho (các) con bổ sung. Quý vị có thể in nhiều trang này nếu cần để cung cấp tất cả thông tin.

Tên Người con _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: ____

Tên Người con _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: ____

Tên Người con _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: ____

Tên Người con _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: ____

Tên Người con _____ SSN: _____ Ngày sinh: _____ Giới tính: _____ Dân tộc: _____

Sinh tại Thành phố & Tiểu bang: _____ Quan hệ với Cha/mẹ có Quyền nuôi con (CP): _____ Được Mang thai tại Tiểu bang: ____

Trẻ có bảo hiểm y tế không? Có Không

Trẻ có phải là công dân của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ không? Có Không Nếu không, vui lòng liệt kê tên và quốc gia có quốc tịch của từng trẻ: ____

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG: Vui lòng cung cấp thêm thông tin về người sử dụng lao động bên dưới:

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động: _____

Số điện thoại của Người sử dụng lao động: _____

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động: _____

Số điện thoại của Người sử dụng lao động: _____

Tên và Địa chỉ của Người sử dụng Lao động: _____

Số điện thoại của Người sử dụng lao động: _____

Chữ ký của Người nộp đơn: _____ Ngày tháng: ____/____/____