

معلومات لوالدة (غير وصي (NCP) إضافي/أب مفترض (PF) صفحة ____ من ____									
إذا كان الدعم للطفل مطلوباً من أكثر من (PF)/(NCP) واحد في هذا الوقت، فإنه يجب إكمال استمارة (LDSS-4882B) أو نسخة من الجزء 2 من (LDSS-4882) لكل (PF)/(NCP).									
الأول		الأوسط		الأخير		لواحق		اسم (PF)/(NCP)	
اسم مستعار أو معروف به		الاسم قبل الزواج							
(SSN)		(ITIN)		- -		شهر/يوم/سنة ____ / ____ / ____		تاريخ الميلاد	
الجنس		الارتباط العرقي/الإثني		<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي من أصل أمريكي <input type="checkbox"/> أمريكي أصلي أو الآسكي أصلي <input type="checkbox"/> أبيض، من غير الأصول الإسبانية <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل إسباني أو لاتيني <input type="checkbox"/> هاواي أصلي أو من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> غير ذلك					
اللغة الرئيسية		ما هي اللغة الرئيسية لـ (PF)/(NCP)؟ <input type="checkbox"/> الإنكليزية <input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> غيرها (حدد)							
وصف (PF)/(NCP)		الطول		الوزن		لون العينين		لون الشعر	
قدم ____ إنش		_____ باوند						<input type="checkbox"/> علامات <input type="checkbox"/> ندبات <input type="checkbox"/> وشم صف:	
الاسم الكامل لأب (PF)/(NCP)		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
الاسم الكامل لأم (PF)/(NCP) قبل زواجها		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
مكان ميلاد (PF)/(NCP)		المدينة		الولاية		البلد			
تاريخ آخر اتصال		شهر/يوم/سنة ____ / ____ / ____		صلة (PF)/(NCP) الطلب بمقدم		ملاحظة: هذا الحقل غير منطبق على حالات (FC)			
البريد المستلم لعناية (إذا كان غير (NCP)/(FC))		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
العنوان البريدي (الحالي أو آخر عنوان معروف من تاريخ ____ / ____ / ____)		رقم شارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
عنوان محل الإقامة (الحالي إذا كان مختلفاً عن البريدي)		رقم شارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية	
أرقام الهواتف		المنزل ()		الخلوي ()		العمل ()			
غير ذلك ()		تفضيل الاتصال		<input type="checkbox"/> البيت <input type="checkbox"/> الخلوي <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> غير ذلك					
عناوين البريد الإلكتروني		المنزل		العمل غير ذلك					
الاتصال في الحالات الطارئة		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
رقم شارع		طابق/شقة/جناح							
الولاية		الرمز البريدي		رقم الهاتف ()		عنوان البريد الإلكتروني			

معلومات لوالدة(ة) غير وصي (NCP) إضافي/أب مفترض (PF) (تتمة)									
رقم السجين		اسم المنشأة			إذا كان (NCP)/(PF) محبوساً؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>				
البلد		الرمز البريدي		الولاية		المدينة		المنشأة عنوان	
هل (NCP)/(PF) متزوج (كان متزوجاً) من شخص غير (CP) أو (NCP) الآخر في حالة (FC)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> إذا "نعم"، أجب على أسئلة "الحالة الاجتماعية لـ (NCP)/(PF) بالنسبة لشخص غير الوالدة(ة) الوصي (CP) أو (NCP) الآخر في حالة الرعاية بالتبني (FC)" التالية. إذا "لا" أو "غير معروف"، توجه إلى أسئلة "معلومات التوظيف لـ (NCP)/(PF)" أدناه.									
اسم الزوج(ة)		الأول		الأوسط		الأخير		لواحق	
العنوان		رقم الشارع		طابق/شقة/جناح		المدينة		الولاية الرمز البريدي البلد	
رقم الهاتف		()		عنوان البريد الإلكتروني		الولاية		البلد	
مكان الزواج		المدينة		الولاية		الرمز البريدي		البلد	
هل (NCP)/(PF) منفصل الآن؟ <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		تاريخ الانفصال		_____ / _____ / _____			
هل (NCP)/(PF) منفصل قانونياً؟ <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		تاريخ الانفصال القانوني		_____ / _____ / _____			
هل الطلاق معلق؟ <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		تاريخ الطلاق		_____ / _____ / _____			
هل (NCP)/(PF) مطلق الآن؟ <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		تاريخ الطلاق		_____ / _____ / _____			
موقع المحكمة		المدينة		الولاية		الرمز البريدي		البلد	
هل (NCP)/(PF) موظف؟ <input type="checkbox"/>		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		تاريخ آخر وظيفة		_____ / _____ / _____		هل (NCP)/(PF) عضو في منظمة/اتحاد عمل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	
اسم رب العمل		اسم منظمة/اتحاد العمل		اسم منظمة/اتحاد العمل		اسم منظمة/اتحاد العمل			
رقم الشارع		رقم الشارع		طابق/شقة/جناح		طابق/شقة/جناح			
المدينة		الولاية		الرمز البريدي		المدينة		الولاية الرمز البريدي	
البلد		رقم الهاتف		البلد		رقم الهاتف		البلد	
المسمى الوظيفي/المنصب		المسمى الوظيفي/المنصب		المسمى الوظيفي/المنصب		المسمى الوظيفي/المنصب			
هل رب عمل/منظمة (NCP) أو (PF) تقدم أو تعرض مزايًا تأمين صحي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		هل (NCP)/(PF) مقيّد فيه؟ نعم (حدد) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>		التغطية الفردية <input type="checkbox"/>		التغطية العائلية <input type="checkbox"/>			
معلومات التأمين الصحي لـ (NCP)/(PF)		معلومات إضافية عن (NCP)/(PF)							