

АЛИМЕНТЫ — ЗАЯВКА ОБ ОТКАЗЕ ОТ СОТРУДНИЧЕСТВА ПО УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ

Я не хочу сотрудничать, чтобы установить отцовство и получить поддержку, потому что это не в интересах ребенка(детей), для которых запрошена помощь.

Причина: Отметьте (✓):
Я ожидаю, что это приведет к повышению риска причинения вреда ребенку(детей):

- A) Физический вред
- B) Сексуальный вред
- C) Эмоциональный вред

Я не хочу сотрудничать, т.к.:

- D) Ребенок был зачат из-за инцеста / изнасилования.
- E) Повышенный риск домашнего насилия.
- F) Процессуальные действия в суде об усыновлении ребенка продолжаются.

G) Я работаю с государственными или лицензированным частным агентством по усыновлению, который помогает мне решать, оставлять ли ребенка (детей) или разместить их для усыновления.

H) У меня есть другие уважительные причины не сотрудничать. Объясните: _____

COUNTY USE ONLY Для СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ	
CASE NAME	
CASE NUMBER	
DATE OF APPLICATION	
CARETAKER RELATIVE (IF DIFFERENT)	
RELATIONSHIP TO CHILD(REN)	
NONCUSTODIAL PARENT/ALLEGED FATHER	
NAME OF CHILD(REN) OF NONCUSTODIAL PARENT/ALLEGED FATHER	

ЗАБЕРЕНИЕ

Я хочу воспользоваться Уважительной Причиной отмеченной выше для отказа от сотрудничества. Я понимаю, что может потребоваться доказать, что у меня есть уважительная причина для отказа от сотрудничества. **Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, что факты, изложенные в настоящем отчете, являются истинными, правдивыми и указаны полностью.**

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПОЛУЧАЮЩЕГО

ДАТА

EVIDENCE PROVIDED	
<input type="checkbox"/>	No investigation
<input type="checkbox"/>	No evidence provided
<input type="checkbox"/>	Birth certificate
<input type="checkbox"/>	Medical records
<input type="checkbox"/>	Court documents
<input type="checkbox"/>	Social agency letter
<input type="checkbox"/>	Mental health professional letter
<input type="checkbox"/>	Sworn statement
<input type="checkbox"/>	Other

CLAIM DETERMINATION - COUNTY USE ONLY (Для СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

- The child welfare department has determined that it is not in the child's best interest to refer the case to child support per California Code of Regulations 31-503 as it would pose a barrier to the parents'/guardians' ability to meet at least one of the following:
 - Reunification/case plan requirements
 - Current/future financial needs of family
 - Needs of other children in household at risk of removal
 - Permanency plan with related legal guardianship under the KinGAP program
- The child welfare department has determined that it is not contrary to the child's best interest to refer the case to child support.

SOCIAL WORKER SIGNATURE

PHONE NUMBER

DATE OF DETERMINATION

TO: **LOCAL CHILD SUPPORT AGENCY** THIS CLAIM IS FOR CHILD SUPPORT MEDICAL SUPPORT

GOOD CAUSE EXISTS AND IS BASED ON: (✓)

- A Increased risk of **physical harm** to child(ren)
- B Increased risk of **sexual harm** to child(ren)
- C Increased risk of **emotional harm** to child(ren)
- D Incest or rape
- E Increased risk of **domestic abuse** to parent/caretaker
- F Legal adoption/guardianship before the court
- G Preadoptive services
- H Other credible reason(s) for not cooperating

Explain good cause:

1. Request for Good Cause has been denied.
Give reasons:
2. Was determination based on physical harm without evidence? YES NO
3. Was determination based solely on examination of evidence without investigation? YES NO
4. May enforcement proceed without applicant/recipient participation? YES NO

CWD REPRESENTATIVE'S SIGNATURE

WORKER NUMBER

PHONE NUMBER

DATE OF DECISION

SUPERVISOR'S SIGNATURE

DATE OF DECISION