



## Запит на посвідчення особи індіанця Indian Identity Request

Федеральний закон і закони штатів про соціальний захист дітей індіанців вимагають, щоб усі діти індіанців проходили ідентифікацію особи.

Для сприяння цьому процесу всі біологічні батьки повинні заповнити цю форму.

ІМ'Я ДИТИНИ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ОСОБИ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР СПРАВИ
<p>Я, _____, і я, _____,</p> <p style="text-align: center;">ІМ'Я БІОЛОГІЧНОЇ МАТЕРІ <span style="margin-left: 200px;">ІМ'Я БІОЛОГІЧНОГО / ЙМОВІРНОГО БАТЬКА</span></p> <p>підтверджую, що _____ має таке індіанське походження:</p> <p style="text-align: center;">ІМ'Я ДИТИНИ</p>			
<b>Мати:</b>			
<p>Індіанське походження: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Плем'я(племена): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Приналежність до племені невідома</p>			
<b>Батько:</b>			
<p>Індіанське походження: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Плем'я(племена): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Приналежність до племені невідома</p>			
Ім'я та родинні зв'язки особи (осіб), окрім батьків, які надають інформацію:			
ПІДПИС МАТЕРІ	ДАТА	ПІДПИС БАТЬКА	ДАТА
<input type="checkbox"/> Батько (мати) відмовився(-лася) підписати документ <input type="checkbox"/> Батько (мати) відсутній(відсутня)		<input type="checkbox"/> Батько (мати) відмовився(-лася) підписати документ <input type="checkbox"/> Батько (мати) відсутній(відсутня)	
ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА	ДАТА	ІМ'Я СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА	
АДРЕСА ВУЛИЦЯ АГЕНЦІЇ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
<p>Соціальний працівник DCYF повинен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>завантажити заповнену форму в FamLink.</li> <li>заповнити таблицю про походження сім'ї (DCYF 04-220) в FamLink, якщо один або обидва батьки відповіли «так».</li> <li>надіслати запит до Native American Indian Request (NAIR) на електронну адресу <a href="mailto:DCYF.NAIR@dcyf.wa.gov">DCYF.NAIR@dcyf.wa.gov</a> протягом 10 робочих днів після ідентифікації корінного американця.</li> </ul>			