

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ՝ ՆԱԽԱՏԵՍՎԱԾ «MEDI-CAL»-Ի ՄԻԱՅՆ ԵՐԵԽԱԿ՝ ՄԻՆՉԵՎ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ, ԴԻՄՈՂԻ ՀԱՄԱՐ (MC 223C)

ՄԻՆՉԵՎ սկսելը կարողացեք ստորև շարադրված ԲՈԼՈՐ տեղեկությունները: Եթե որևէ հարց ունեք այս թերթիկի մասին, կամ եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր այն լրացնելու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանային սոցիալական ծառայությունների վարչություն:

Տեղեկությունները, որոնք Դուք տրամադրելու եք այս թերթիկի վրա, օգտագործվելու են California Department of Social Services-ի, Disability Determination Service Division-ի կողմից: Երեխայի «Medi-Cal»-ի դիմումի կապակցությամբ հաշմանդամության վերաբերյալ որոշումը կայացնելու է այդ հիմնարկությունը: Որպեսզի երեխայի գործն արագ նայվի, հնարավորին չափ լրիվ լրացրեք այս թերթիկը:

Այս թերթիկի վրա նշված բոլոր հարցերը վերաբերում են երեխային. նրա՝ մասին տեղեկություններ տրամադրեք, այլ ո՛չ Ձեր մասին:

- Մեքենագրեք և տպեք հստակ՝ գլխատառերով:
- Լրիվ պատասխանեք բոլոր հարցերին:
- Հարցերը բաց մի թողեք: Եթե պատասխանները չգիտեք, վանդակը դատարկ մի թողեք: Գրեք «չկա», «չգիտեմ» կամ «չի վերաբերում»:

5-րդ՝ «Բժշկական տեղեկություններ», մասի յուրաքանչյուր բաժնում միայն մեկ հիվանդանոց/կլինիկա կամ մեկ բժիշկ/մասնագետ նշեք՝

- հիվանդանոցի/կլինիկայի կամ բժշկի/մասնագետի լրիվ անունը.
- հասցեն.
- երեխայի հիվանդանոցի/կլինիկայի համարը:

Եթե դիմողը մինչև 18 տարեկան երեխա չէ, ապա Դուք պետք է հատուկ չափահասների համար նախատեսված թերթիկն օգտագործեք (MC 223), որը կարող եք ստանալ Ձեր շրջանային սոցիալական ծառայությունների վարչությունից:

«Տեղեկությունների բացահայտման արտոնության» (MC 220) մասին

- Խնդրում ենք այս թերթիկի վրա Ձեր նշած յուրաքանչյուր բժշկի, հիվանդանոցի, կլինիկայի կամ մասնագետի համար մեկ «Տեղեկությունների բացահայտման արտոնություն» (MC 220) տրամադրել:
- MC 220-ի «Բացահայտումն արտոնող անձը» տողի վրա հարկավոր է Ձեր անունով ստորագրել (այլ ո՛չ երեխայի) և նշան դնել համապատասխան վանդակում (անչափահաս անձի ծնող, խնամակալ կամ այլ անձնական ներկայացուցիչ): Ստորագրեք յուրաքանչյուր MC 220-ն. մի՛ ստորագրեք միայն մեկը, ապա պատճենահանեք:
- Եթե սխալվեք, հարկավոր է դիմել շրջանին և բացահայտման նոր թերթիկ վերցնել: «Տեղեկությունների բացահայտման արտոնության» (MC 220) վրա շտրիխ-մատիտով ջնջում կամ ուղղում մի՛ կատարեք:
- Եթե բացահայտման թերթիկը ստորագրողը «X»-ով կամ «նշանով» պետք է ստորագրի, ապա «X»-ի կամ «նշանի» հետ պետք է վկայի ստորագրությունը դրվի և նշվի վկայի առնչությունը տեղեկությունը բացահայտող անձի հետ:
- 12 տարեկանը բոլորած յուրաքանչյուր երեխա պետք է իր սեփական «Տեղեկությունների բացահայտման արտոնությունը» (MC 220) ստորագրի, եթե նրա հաշմանդամությունը կապված է «Անչափահասների համաձայնության» ծրագրով տրամադրվող ծառայությունների հետ: Անչափահասը պետք է ստորագրի MC 220-ը, և «Միայն անչափահասների համաձայնության ծառայություններ» վանդակում պետք է նշան դրվի:

Հաշմանդամության հիմքով «Medi-Cal»-ի համար դիմող յուրաքանչյուր երեխայի համար առանձին MC 223C է պահանջվում: Սկսեք լրացնել թերթիկը 2-րդ էջից:

**ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ԿԱՏԱՏԵՍՎԱԾ
«MEDI-CAL»-Ի ՄԻԱՅՆ ԵՐԵԽԱԿ՝ ՄԻՆՉԵՎ
18 ՏԱՐԵԿԱՆ, ԴԻՄՈՂԻ ՀԱՄԱՐ**

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

ՄԱԽ 1՝ ԱՆՉՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

A. Երեխայի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)		B. Social Security-ի համարը		C. Ծննդյան ամսաթիվը	
D. Սեռը <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական		E. Հասակը Ֆուտ _____ Դյույմ _____		F. Քաշը ֆունտերով	
G. Ու՞մ հետ է ապրում երեխան					
Անունը		Առնչությունը	Հեռախոսի համարը		<input type="checkbox"/> Հեռախոս չկա
Բնակության հասցեն (համարը, փողոցը)		Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	
H. Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է բնակության հասցեից)					
Հասցեն (համարը, փողոցը)		Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	
I. Երեխայի համար դիմող անձը					
Անունը		Առնչությունը	Հեռախոսի համարը		<input type="checkbox"/> Հեռախոս չկա
Ուղերձներ թողնելու հեռախոսի համարը			Այն անձի անունը, ում պետք է ուղերձը թողնել		
J. Ո՞ր լեզվով/բարբառով է երեխայի համար դիմող անձը խոսում և կարդում ամենալավը:					

ՄԱԽ 2՝ ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԻԾԱՆԴՆԴՅՈՅԸՂՆՆԵՐԸ, ԾՆԱԽԾԱԾՄՆԵՐԸ ԿԱՄ ԱԼԸԴԻՎԱԿԱՆ ԽՆԴԻՉՆԵՐԸ		County Use Only
A. Ի՞նչ հիվանդություններ, վնասվածքներ կամ առողջական խնդիրներ ունի երեխան	Ե՞րբ է այն սկսվել (ամիսը/տարին)	

ՄԱԽ 3՝ ԿԵՂԵԿԸՂԹՅՈՂՆՆԵՐ՝ SOCIAL SECURITY-Ի/SSI-Ի ՄԱԽԻՆ

County Use Only

A. Վերջին երկու տարվա ընթացքում երեխան դիմե՞լ է Social Security-ի հաշմանդամության կամ Supplemental Security Income-ի (SSI) հաշմանդամության նպաստներ ստանալու համար:

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցին, եթե «Ոչ», անցեք 4-րդ մասին:
<input type="checkbox"/> Ոչ	

B. Social Security-ի կամ SSI-ի հաշմանդամության դիմումը՝

<input type="checkbox"/> Ընդունվե՞լ է Ամսաթիվը _____	<input type="checkbox"/> Մերժվե՞լ է Ամսաթիվը _____	<input type="checkbox"/> Հայտնի չէ
<input type="checkbox"/> Բողոքարկվու՞մ է Ամսաթիվը _____	<input type="checkbox"/> Նայվու՞մ է Ամսաթիվը _____	

C. Որոշումից հետո երեխայի առողջական խնդիր(ներ)ը վատթարացե՞լ է(են):

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», խնդրում ենք բացատրել
<input type="checkbox"/> Ոչ	

D. Social Security-ի/SSI-ի հաշմանդամության մերժումից հետո երեխայի մոտ որևէ նոր առողջական խնդիր առաջացե՞լ է:

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», ի՞նչ խնդիրներ և ե՞րբ են սկսվել:
<input type="checkbox"/> Ոչ	

ՄԱԽ 4՝ ԿԵՂԵԿԸՂԹՅՈՂՆՆԵՐ՝ ՀԱԿԸՂԿ ԱՂԲՅԸՂՅՆԵՐԻ ԵՃ ԴԺՅԸՉԻ ՄԱԽԻՆ

A. Ստորև նշված հիմնարկություններից որևէ մեկը ստուգե՞լ կամ գնահատե՞լ է երեխային, կամ այդ հիմնարկություններից որևէ մեկը երեխայի վերաբերյալ բժշկական տվյալներ կամ տեղեկություններ ունի՞:

Շրջանային կենտրոններ (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Կալիֆոռնիայի մանկական ծառայություններ (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Ձարգացման հարցում գնահատման կենտրոն (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
«Կանայք, նորածիններ և երեխաներ» (WIC) ծրագիր (Women, Infants, and Children Program)	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Հոգեբուժական հիմնարկություն (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Որևէ այլ հիմնարկություն	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ

B. Եթե «Այո» եք պատասխանել վերը նշված հարցերից որևէ մեկին, լրացրեք հետևյալը.

(MC 220) signed

1. Հիմնարկության անվանումը		Հիմնարկության հեռախոսի համարը	
Հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Խորհրդատուի, համակարգիչ աշխատակցի, մասնագետի և այլն, անունը		Հեռախոսի համարը	
Ստուգման կամ գնահատման տեսակը, եթե կատարվել է (օրինակ՝ տեսողություն, լսողություն, խոսք, ֆիզիկական, հոգեբանական)			
Ստուգման կամ գնահատման ամսաթիվը		Երեխայի ID համարը կամ հայցի համարը	

2. Հիմնարկության անվանումը		Հիմնարկության հեռախոսի համարը	
Հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Խորհրդատուի, համակարգիչ աշխատակցի, մասնագետի և այլն, անունը		Հեռախոսի համարը	
Ստուգման կամ գնահատման տեսակը, եթե կատարվել է (օրինակ՝ տեսողություն, լսողություն, խոսք, ֆիզիկական, հոգեբանական)			
Ստուգման կամ գնահատման ամսաթիվը		Երեխայի ID համարը կամ հայցի համարը	
C. Երեխան հաճախում կամ հաճախել է որևէ տիպի նախադպրոցական, ցերեկային խնամքի և/կամ երկարացված ժամերով դպրոցական ծրագրի:			
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե «Այո», խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.		
Ծրագրի անվանումը		Հեռախոսի համարը	
Հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Ու՞մ դիմել	Հաճախելու օրերը		
D. Երեխան դպրոց հաճախում կամ հաճախել է			
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե «Այո», խնդրում ենք լրացնել հետևյալը. Եթե «Ոչ», անցեք H բաժնին		
1. Դպրոցի անվանումը		Հեռախոսի համարը	
Հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Ուսուցչի անունը			
2. Դպրոցի անվանումը		Հեռախոսի համարը	
Հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Ուսուցչի անունը			
E. Դպրոցը հատուկ հարմարեցումներ կատարել է երեխայի համար (օրինակ՝ հարմարեցված կահույք, հարթակներ անվասայլակի համար, լրացուցիչ օժանդակություն կամ ուշադրություն):			
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե «Այո», ի՞նչ տիպի հարմարեցում:		
F. Երեխան ընդգրկված է հատուկ կրթական ծրագրում:			
<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե «Այո», ի՞նչ տիպի հատուկ կրթական ծրագրում:		

County Use Only

(MC 220) signed

(MC 220) signed

(MC 220) signed

(MC 220) signed

G. Չեզ մոտ կա՞ երեխայի «Individualized Education Plan»-ի (IEP՝ այն հաշվետվությունը, որի մեջ ուսուցիչը նշում է երեխայի խնդիրները և դրանք կարգավորելու քայլերը) օրինակը:

County Use Only

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», խնդրում ենք կցել օրինակը:
<input type="checkbox"/> Ոչ	

(MC 220) signed

H. Երեխան հատուկ խորհրդատվություն կամ դասավանդում ստանու՞մ է:

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», խնդրում ենք լրացնել հետևյալը (եթե տեղը չբավականացնի, կարող եք լրացուցիչ էջեր կցել).
<input type="checkbox"/> Ոչ	

խորհրդատվությունը կամ դասավանդումը դպրոցում՞ տրամադրվում է:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
խորհրդատվությունը կամ դասավանդումը դպրոցից դուրս է տրամադրվում:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե «Այո», խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.		

խորհրդատուի կամ դասավանդողի անունը	Հեռախոսի համարը
------------------------------------	-----------------

Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------------------------------	--------	---------	------------------

Այցելությունների հաճախականությունը	Բուժումը սկսելու ամսաթիվը	Բուժումն ավարտելու ամսաթիվը (եթե ավարտվել է)
------------------------------------	---------------------------	--

I. Երեխան իր հիվանդությունների կամ վնասվածքների համար հատուկ բուժում (ֆիզիկական, խոսքի և լեզվի, աշխատաբուժություն) կամ այլ ծառայություններ ստացե՞լ կամ ստանու՞մ է: Այստեղ նշեք այն բուժումները, որոնք երեխան ստանում է ծնողից, խնամակալից, խնամողից կամ դպրոցում գտնված ժամանակ:

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», խնդրում ենք լրացնել հետևյալը բուժման մասին.
<input type="checkbox"/> Ոչ	

1. Բուժող բժշկի անունը	Հեռախոսի համարը
------------------------	-----------------

Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------------------------------	--------	---------	------------------

(MC 220) signed

Բուժումը նշանակողը/կազմողը	Բուժման տեսակը
----------------------------	----------------

Այցելությունների հաճախականությունը	Բուժումը սկսելու ամսաթիվը	Բուժումն ավարտելու ամսաթիվը (եթե ավարտվել է)
------------------------------------	---------------------------	--

2. Բուժող բժշկի անունը	Հեռախոսի համարը
------------------------	-----------------

Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------------------------------	--------	---------	------------------

(MC 220) signed

Բուժումը նշանակողը/կազմողը	Բուժման տեսակը
----------------------------	----------------

Այցելությունների հաճախականությունը	Բուժումը սկսելու ամսաթիվը	Բուժումն ավարտելու ամսաթիվը (եթե ավարտվել է)
------------------------------------	---------------------------	--

ՄԱԽ 5՝ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵԴԵԿՈՅՈՅՆՈՒՆՆԵՐ

County Use Only

A. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում երեխան որևէ հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական խնդրի պատճառով կլինիկայում կամ հիվանդանոցում գտնվել է:

- Այո Եթե «Ոչ», անցեք 6-րդ մասին
- Ոչ Եթե «Այո», խնդրում ենք լրիվ պատասխանել հետևյալին.

1. Հիվանդանոցի/կլինիկայի անվանումը	Այցելության/այցելությունների տեսակները	Ամսաթվերը	
		Ընդունվելու ամսաթիվը	Դուրս գրվելու ամսաթիվը
	<input type="checkbox"/> Ստացիոնար բուժօգնությունը (մնացել է առնվազն մեկ գիշեր)		
	<input type="checkbox"/> Երթևեկ բուժօգնությունը (նույն օրը տուն է ուղարկվել)		
	<input type="checkbox"/> Շտապ օգնության սենյակ կատարած այցելությունները		
Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Հեռախոսի համարը	Հիվանդանոցի/կլինիկայի գործի համարը		

(MC 220) signed

Այցելությունների պատճառը

Ի՞նչ բուժում է ստացել երեխան

Ի՞նչ բժշկի/բժիշկների է երեխան կանոնավոր կերպով այցելել այս հիվանդանոցում

2. Հիվանդանոցի/կլինիկայի անվանումը	Այցելության/այցելությունների տեսակները	Ամսաթվերը	
		Ընդունվելու ամսաթիվը	Դուրս գրվելու ամսաթիվը
	<input type="checkbox"/> Ստացիոնար բուժօգնությունը (մնացել է առնվազն մեկ գիշեր)		
	<input type="checkbox"/> Երթևեկ բուժօգնությունը (նույն օրը տուն է ուղարկվել)		
	<input type="checkbox"/> Շտապ օգնության սենյակ կատարած այցելությունները		
Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Հեռախոսի համարը	Հիվանդանոցի/կլինիկայի գործի համարը		

(MC 220) signed

Այցելությունների պատճառը

Ի՞նչ բուժում է ստացել երեխան

Ի՞նչ բժշկի/բժիշկների է երեխան կանոնավոր կերպով այցելել այս հիվանդանոցում

Եթե Ձեզ լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, խնդրում ենք օգտագործել 9-րդ՝ «Նշումներ», բաժինը (էջ 9): Խնդրում ենք չմոռանալ 6-րդ էջում Ձեր նշած հիվանդանոց(ներ)ի/կլինիկա(ներ)ի համար «Տեղեկությունների բացահայտման արտոնություն» (MC 220) ստորագրել:

County Use Only

B. Վերջին 12 ամսվա ընթացքում երեխան A բաժնում չնշված որևէ բժշկի/մասնագետի այցելել է:

(MC 220) signed

1. Բժշկի կամ մասնագետի անունը		Զեռախոսի համարը	
Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Առաջին այցելության ամսաթիվը	Վերջին այցելության ամսաթիվը	Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը	
Այցելությունների պատճառ(ներ)ը			
Ի՞նչ բուժում է ստացել երեխան			

(MC 220) signed

2. Բժշկի կամ մասնագետի անունը		Զեռախոսի համարը	
Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Առաջին այցելության ամսաթիվը	Վերջին այցելության ամսաթիվը	Հաջորդ ժամադրության ամսաթիվը	
Այցելությունների պատճառ(ներ)ը			
Ի՞նչ բուժում է ստացել երեխան			

ՄԱԽ 6՝ ԴԵՂԵՐԸ

County Use Only

Ներկայումս երեխան իր հիվանդությունների, վնասվածքների կամ առողջական խնդիրների համար իրեն նշանակված որևէ դեղ ընդունում է:

Այո
 Ոչ
 Եթե «Այո», նշեք հետևյալը.

Նշանակված դեղը	Բժշկի անունը	Դեղն ընդունելու պատճառը	Կողմնակի ազդեցությունները, եթե եղել են կամ կան

Եթե երեխան իրեն նշանակված այլ դեղեր էլ է ընդունում, թվեք դրանք 9-րդ՝ «Նշումներ», բաժնում:

ՄԱԽ 7՝ ԽԿԸՂԳԸՂՄՆԵՐԸ

County Use Only

Երեխան իր հիվանդությունների, վնասվածքների կամ առողջական խնդիրների համար բժշկական ստուգումներ անցե՞լ է կամ անցնելու՞ է:

(MC 220) signed

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», նշեք հետևյալը.		
<input type="checkbox"/> Ոչ			
Ստուգման տեսակը	Ե՞րբ է կատարվել կամ կատարվելու ստուգումը (ամիսը, տարին)	Որտե՞ղ է կատարվել ստուգումը (բուժօգնության անվանումը)	Ո՞վ է երեխային ուղարկել այդ ստուգմանը
EKG (Սրտի ստուգում)			
Treadmill (Ստուգում վարժություններ կատարելիս)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (Էլեկտրաուղեղնագրություն)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

Եթե երեխան այլ ստուգումներ է անցել, թվեք դրանք 9-րդ՝ «Նշումներ», բաժնում:

ՄԱԽ 8՝ ԱՇԽԱԿԱՆՄԱՅԻՆ ԿԵՆԽԱԳՐԸ

(MC 220) signed

Երեխան երբևէ աշխատե՞լ է:

<input type="checkbox"/> Այո	Եթե «Այո», լրացրեք հետևյալը.		
<input type="checkbox"/> Ոչ			
Աշխատելու ամսաթվերը			
Գործատուի անունը			
Փողոցի հասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Հեռախոսի համարը			
Վերակացուի անունը			

Նշեք երեխայի պաշտոնը և համառոտ նկարագրեք կատարած աշխատանքն ու այն խնդիրները, որոնք երեխան կարող է ունեցած լինել այդ աշխատանքը կատարելիս:

ՄԱԽ 9՝ ՆՇՆՂՄՆԵՐ

ՄԱԽ 10՝ ԽԿԸՅԱԳՅԸԻԹՅՈՂՆ ԵՂ ՋԱԽԿԱԿԸՂՄ

State of California-ի օրենսդրության համաձայն կեղծ տեղեկություններ տրամադրելու համար դատական հետապնդման ենթարկվելու սպառնալիքի տակ՝ ես հայտարարում եմ, որ իմ ունեցած տեղեկությունների համաձայն՝ «Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form»-ի վրա իմ տված պատասխանները և իմ տրամադրած փաստաթղթերը ստույգ են և ճշմարիտ:

1. Երեխայի համար դիմող անձի ստորագրությունը		Առնչությունը երեխայի հետ		Ամսաթիվը
Ջասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ջեռախոսի համարը
2. Վկայի ստորագրությունը (եթե կիրառելի է)		Առնչությունը երեխայի համար դիմող անձի հետ		Ամսաթիվը
Ջասցեն (համարը, փողոցը)	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ջեռախոսի համարը