

Bureau of Vital Statistics  
125 Worth St.  
New York, NY 10013

Kwiecień 2021 r.

Droga Matko / Rodzicu (Osobo rodząca)!

Wydział Zdrowia i Higieny Psychiczej miasta Nowy Jork (Wydział Zdrowia NYC) wystawia akt urodzenia dziecka. Akt urodzenia to stały dokument prawny narodzin dziecka stanowiący dowód wieku, obywatelstwa oraz pochodzenia dziecka. Podane przez Panią informacje są wymagane przez prawo. Jeśli poniższy formularz nie zostanie wypełniony poprawnie, nie będziemy mogli sporządzić dokładnego aktu urodzenia dziecka.

Informacje o Pani wykształceniu, rasie, paleniu, wzroście i wadze przed ciążą są zbierane na potrzeby zdrowia publicznego. Dodatkowe pytania oznaczone jako „QI” (Quality Improvement – Poprawa jakości) są wymagane przez Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork (NYS), aby dowiedzieć się więcej o jakości opieki prenatalnej zapewnianej mieszkankom Nowego Jorku. Przepisy NYC i NYS chronią przed bezprawnym ujawnieniem informacji zawartych w akcie urodzenia, aby zapewnić poufność Pani i dziecku.

- Bardzo ważne jest, aby udzielić kompletnych i dokładnych odpowiedzi na pytania zawarte w tym arkuszu. Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich danych pismem drukowanym.
- Arkusz **musi** być wypełniony w języku angielskim. Jeśli nie jest Pani w stanie wypełnić go w języku angielskim samodzielnie lub jeśli ma Pani jakiegokolwiek pytania, proszę zadzwonić do Birth Registrar (Biura Rejestracji Urodzin) szpitala pod numer \_\_\_\_\_.
- Arkusz **musi** być całkowicie wypełniony i zwrócony do Birth Registrar w ciągu 24 godzin od narodzin dziecka.

**For Facility Birth Registration Tracking Purposes / Do celów śledzenia rejestracji urodzeń danej w placówce****Arkusz dla matki/rodzica – dane zbierane do celów rejestracji aktu urodzenia noworodka**Numer kartoteki  
medycznej matki/rodzica: Imię i nazwisko  
matki/rodzica: Numer kartoteki  
medycznej dziecka: Data urodzenia dziecka: Liczba dzieci urodzonych w tej ciąży: Jeśli więcej niż jedno, kolejność urodzenia tego dziecka:

**Proszę wpisać drukowanymi literami wszystkie imiona dokładnie w takiej formie, w jakiej mają się one znaleźć w akcie urodzenia. Aby zmienić te informacje w przyszłości, trzeba będzie złożyć wniosek o dokonanie korekty w Wydziale Zdrowia.**

## Dziecko

Jeśli urodziło się więcej niż jedno dziecko, podać kolejność urodzenia tego dziecka: \_\_\_\_\_

1. Jakie będzie <b>pełne imię i nazwisko</b> dziecka?	PIERWSZE imię dziecka	DRUGIE imię/imiona dziecka	NAZWISKO dziecka	Sufiks ( <i>Jr., III itp.</i> )
2. Czy chce Pani uzyskać Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) dla swojego dziecka?				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<p>Jeśli powyżej podała Pani pełne <b>imię i nazwisko</b> swojego nowo narodzonego dziecka, istnieje możliwość wystąpienia z wnioskiem o SSN dziecka. W momencie wydania aktu urodzenia Wydział Zdrowia wyśle wniosek do Social Security Administration (Urzędu Ubezpieczeń Społecznych). Jeśli nie wystąpi Pani o to <b>teraz</b>, w celu uzyskania SSN dziecka konieczny będzie bezpośredni kontakt z Social Security. Szpital, placówka położnicza i Wydział Zdrowia nie ponoszą odpowiedzialności za złożenie wniosku w Pani imieniu.</p>				<p>Jeśli zaznaczono „Tak”, karta zostanie wysłana przez Social Security Administration na adres korespondencyjny matki/rodzica.</p>

## Matka/rodzic (osoba rodząca)

3. Jakie jest Pani <b>aktualne</b> imię i nazwisko?	Imię matki/rodzica	Drugie imię matki/rodzica	Pełne nazwisko matki/rodzica	Sufiks
4. Jakie jest Pani nazwisko <b>panieńskie</b> ? Nazwisko przed zawarciem pierwszego małżeństwa.	<input type="checkbox"/> <b>Moje nazwisko panieńskie jest moim obecnym nazwiskiem.</b>			
	Imię matki/rodzica	Drugie imię matki/rodzica	Nazwisko matki/rodzica	Sufiks
5-7. Jaka jest Pani <b>data urodzenia, aktualny wiek</b> oraz <b>pleć</b> ? „X” oznacza płeć, która nie jest wyłącznie męska lub żeńska (jest to niebinarna tożsamość płciowa).				
		Data urodzenia matki/rodzica ____ / ____ / ____ <i>Miesiąc / Dzień / Rok</i>	Aktualny wiek ____	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X
8. Jaki jest Pani <b>numer ubezpieczenia społecznego</b> ? Podanie numerów SSN rodziców jest wymagane przez prawo federalne, 42 USC 405(c) (paragraf 205c ustawy o ubezpieczeniu społecznym). NYS Office of Temporary and Disability Assistance (Biuro Pomocy Osobom Niepełnosprawnym i Tymczasowej stanu Nowy Jork) w celu udzielenia pomocy w działaniach egzekucyjnych dotyczących alimentów oraz Urząd Skarbowy, IRS (Internal Revenue Service) poprzez Social Security Administration w celu ustalenia zgodności z przepisami dotyczącymi ulgi podatkowej z tytułu dochodu.		SSN matki/rodzica <input type="checkbox"/> Nie posiadam SSN _____ - _____ - _____ SSN ojca/rodzica będzie wymagany w części dotyczącej informacji o ojcu/rodzicu, jeśli dotyczy.		
Złożenie podpisu poniżej oznacza, że informacje dotyczące SSN zawarte w tym formularzu są prawdziwe.				
Podpis matki/rodzica			Data ____ / ____ / ____ <i>Miesiąc / Dzień / Rok</i>	

## Miejsce urodzenia matki/rodzica

9. Gdzie się Pani <b>urodziła</b> ?	Miasto	Stan (jeśli nie w Stanach Zjednoczonych (USA), proszę podać kraj)	Kraj
10. Jeśli urodziła się Pani poza Stanami Zjednoczonymi, jak długo mieszka Pani w Stanach Zjednoczonych?	Lata zamieszkiwania w USA. ____	Lub Jeśli mniej niż rok:	Miesiące zamieszkiwania w USA. ____

## Adres matki/rodzica

11. Gdzie <b>zazwyczaj</b> Pani mieszka? Gdzie znajduje się fizycznie Pani gospodarstwo domowe?  Jeśli poza USA, proszę podać adres, miasto i kraj.	Ulica (nie wpisywać skrytki pocztowej ani adresu kontaktowego (c/o))		Mieszkanie Numer		Jeśli NYC, okręg: <input type="checkbox"/> New York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)
	Miasto	Stan	Kod pocztowy	Kraj	
Czy mieszka Pani w obrębie miasta podanego powyżej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Poza NYC (określić okręg): _____					
12. Jaki jest Pani <b>adres</b> do korespondencji? To właśnie tam zostanie wysłany akt <b>urodzenia</b> . Pierwszy odpis aktu urodzenia jest <b>bezpłatny</b> .					
<input type="checkbox"/> <b>Ten sam co adres stałego miejsca zamieszkania podany powyżej</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Brak adresu do korespondencji</b> (W przypadku braku adresu do korespondencji certyfikat nie zostanie wysłany pocztą; należy go odebrać w Wydziale Zdrowia).					
Jeśli adres pocztowy to adres kontaktowy (c/o), proszę zaznaczyć tutaj:					
Adres kontaktowy (innej osoby lub organizacji/agencji)					
Ulica (skrytka pocztowa nie jest dozwolona jako adres korespondencyjny w NYC)					Numer mieszkania
Miasto	Stan	Kod pocztowy	Kraj		
13. Jaki jest Pan/Pani <b>numer</b> telefonu?					
W ciągu dnia ( _____ ) _____ - _____ wew. _____			Wieczorem ( _____ ) _____ - _____		

## Cechy matki/rodzica

14. <b>Wykształcenie:</b> Jaki jest najwyższy <b>ukończony</b> przez Panią poziom wykształcenia do momentu urodzenia dziecka? Zaznaczyć (X) <b>tylko</b> jedno pole.	<input type="checkbox"/> 8 klasa lub niższe; brak <input type="checkbox"/> 9–12 klasa, brak dyplomu <input type="checkbox"/> Ukończenie szkoły średniej lub egzamin GED <input type="checkbox"/> Zaliczone studia, brak dyplomu	<input type="checkbox"/> Dwuletnie studia licencjackie (np. AA, AS) <input type="checkbox"/> Tytuł licencjata (np. BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Tytuł magistra (np. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doktorat (np. PhD, EdD) lub tytuł zawodowy (np. MD, DDS, DVM, LLB, JD)	
15. Czy była Pani <b>zatrudniona</b> podczas ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>		
16. Jaki jest Pani obecny/ostatni <b>zawód/praca</b> ?	Zawód (np. kasjer, kasjerka bankowa, pielęgniarka, adwokat itp.)		
17. W jakiej <b>branży</b> wykonywała Pani ten zawód/tę pracę? Nie podawać nazwy firmy, ale wpisać rodzaj działalności.	Branża (np. restauratorska, prawna bankowość, opieka zdrowotna itp.)		
18. Jakie jest Pani <b>pochodzenie</b> ? Zaznaczyć (X) <b>jedno</b> pole i określić, za kogo uważa się Pani w największym stopniu.	<input type="checkbox"/> Latynoskie (np. meksykańskie, portorykańskie, kubańskie, dominikańskie itd.) <i>Określić:</i> _____ <input type="checkbox"/> Nie jestem pochodzenia latynoskiego (np. Włoszka, Afroamerykanka, Haitanka, Pakistanka, Ukrainka, Nigeryjka, Tajwanka itd.) <i>Określić:</i> _____		
19. Jaka jest Pani <b>rasa</b> ? Rasa jest definiowana przez spis powszechny USA. Latynos/latynoska nie jest rasą według spisu powszechnego USA. W przypadku pochodzenia latynoskiego użyć pytania 18. Zaznaczyć (X) <b>wszystkie</b> , odnośne opcje, a w odpowiednich miejscach sprzecyzować.	<input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Czarna lub afroamerykańska <input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski (nazwa plemienia zarejestrowanego lub głównego) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Azjatycka indyjska	<input type="checkbox"/> Chińska <input type="checkbox"/> Filipińska <input type="checkbox"/> Japońska <input type="checkbox"/> Koreańska <input type="checkbox"/> Wietnamska <input type="checkbox"/> Inna azjatycka (określić) _____	<input type="checkbox"/> Rdzenna hawajska <input type="checkbox"/> Guamska lub chamorro <input type="checkbox"/> Samońska <input type="checkbox"/> Inny Mieszkaniec Wysp Pacyfiku (określić) _____ <input type="checkbox"/> Inna (określić) _____

## Stan zdrowia matki/rodzica

20. Czy brała Pani udział w programie <b>WIC</b> podczas tej ciąży? (Specjalne preparaty uzupełniające odżywcze dla kobiet, niemowląt i dzieci).	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>																				
21. Jaki jest Pani <b>wzrost</b> ?	Wzrost _____ stóp _____ cali      Masa ciała przed ciążą _____ funtów																				
22. Jaka była Pani <b>masa ciała przed ciążą</b> ?																					
23. Czy paliła Pani <b>papierosy</b> w ciągu trzech miesięcy przed lub w trakcie tej ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> Jeśli tak, ile średnio papierosów lub paczek paliła Pani dziennie w tym czasie? Proszę udzielić odpowiedzi poniżej. Wpisać 0, jeśli zero w podanym okresie. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Przedział czasu</th> <th>Liczba papierosów dziennie</th> <th>Lub</th> <th>Liczba paczek dziennie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trzy miesiące przed ciążą</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pierwszy trymestr ciąży</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Drugi trymestr ciąży</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Trzeci trymestr ciąży</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Przedział czasu	Liczba papierosów dziennie	Lub	Liczba paczek dziennie	Trzy miesiące przed ciążą	_____		_____	Pierwszy trymestr ciąży	_____		_____	Drugi trymestr ciąży	_____		_____	Trzeci trymestr ciąży	_____		_____
Przedział czasu	Liczba papierosów dziennie	Lub	Liczba paczek dziennie																		
Trzy miesiące przed ciążą	_____		_____																		
Pierwszy trymestr ciąży	_____		_____																		
Drugi trymestr ciąży	_____		_____																		
Trzeci trymestr ciąży	_____		_____																		
24. Czy piła Pani <b>alkohol</b> podczas tej ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>																				
25a. Czy pracowała Pani z <b>doulą</b> (wykwalifikowaną asystentką porodu) w czasie tej ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie wiem</b>																				
25b. Jak nazywała się doula i z jakiej była firmy (jeśli dotyczy)?	Imię i nazwisko: _____ Firma: _____ <input type="checkbox"/> <b>Nie wiem</b> Zaznaczyć (X) <b>wszystkie</b> , które mają zastosowanie: <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> , doula zapewniała opiekę osobiście <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> , doula zapewniała opiekę wirtualnie (np. przez telefon, Zoom, FaceTime) <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>																				
25c. Czy doula była obecna podczas porodu?																					

**Pytania dotyczące poprawy jakości (QI) 26, 27, 28, 29 i 30 są dobrowolne i zadawane na potrzeby Wydziału Zdrowia NYS – wszystkie odpowiedzi dotyczące QI są poufne i wykorzystywane wyłącznie do celów poprawy zdrowia publicznego.**

26. (QI) Czy otrzymała Pani <b>opiekę prenatalną</b> (opiekę medyczną w tej ciąży) przed planowanym terminem porodu?	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b> - Przejdź do pytania 27 <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> - Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania: Czy podczas którejkolwiek z wizyt w ramach opieki prenatalnej lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik opieki zdrowotnej rozmawiał z Panią na temat którejkolwiek z wymienionych poniżej spraw? <table border="0"> <tr> <td>a) Jak palenie w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> <td>e) Metody antykoncepcji do zastosowania po ciąży?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> </tr> <tr> <td>b) Jak spożywanie alkoholu w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> <td>f) Co zrobić, jeśli poród znacznie się przedwcześnie?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> </tr> <tr> <td>c) Jak zażywanie nielegalnych narkotyków mogło wpłynąć na dziecko?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> <td>g) Jak uchronić się przed zarażeniem wirusem HIV (wirus wywołujący AIDS)?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> </tr> <tr> <td>d) Jak długo należy czekać przed zajściem w kolejną ciążę?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> <td>h) Fizyczne zniechęcanie się nad kobietami przez ich mężów lub partnerów?</td> <td><input type="checkbox"/> <b>Tak</b>   <input type="checkbox"/> <b>Nie</b></td> </tr> </table>	a) Jak palenie w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	e) Metody antykoncepcji do zastosowania po ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	b) Jak spożywanie alkoholu w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	f) Co zrobić, jeśli poród znacznie się przedwcześnie?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	c) Jak zażywanie nielegalnych narkotyków mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	g) Jak uchronić się przed zarażeniem wirusem HIV (wirus wywołujący AIDS)?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	d) Jak długo należy czekać przed zajściem w kolejną ciążę?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	h) Fizyczne zniechęcanie się nad kobietami przez ich mężów lub partnerów?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
a) Jak palenie w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	e) Metody antykoncepcji do zastosowania po ciąży?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>														
b) Jak spożywanie alkoholu w czasie ciąży mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	f) Co zrobić, jeśli poród znacznie się przedwcześnie?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>														
c) Jak zażywanie nielegalnych narkotyków mogło wpłynąć na dziecko?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	g) Jak uchronić się przed zarażeniem wirusem HIV (wirus wywołujący AIDS)?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>														
d) Jak długo należy czekać przed zajściem w kolejną ciążę?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>	h) Fizyczne zniechęcanie się nad kobietami przez ich mężów lub partnerów?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>														
27. (QI) Ile razy w tygodniu podczas obecnej ciąży <b>ćwiczyła</b> Pani przez 30 minut lub dłużej, oprócz swoich zwykłych zajęć?	_____ razy w tygodniu																
28. (QI) Czy miała Pani jakiegokolwiek problemy z <b>dziąsłami</b> w jakimkolwiek momencie ciąży (np. opuchnięte lub krwawiące dziąsła)?	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>																
29. (QI) Czy podczas ciąży była Pani: Zaznaczyć (X) <b>tylko</b> jedno pole.	<input type="checkbox"/> <b>Zupełnie nie przynębiona</b> <input type="checkbox"/> <b>Trochę przynębiona</b> <input type="checkbox"/> <b>Umiarkowanie przynębiona</b> <input type="checkbox"/> <b>Bardzo przynębiona, ale bez otrzymania pomocy</b> <input type="checkbox"/> <b>Bardzo przynębiona i z otrzymaniem pomocy</b>																
30. (QI) Biorąc pod uwagę czas przed zajściem w ciążę, jakie były Pani odczucia związane z zajściem w ciążę? Zaznaczyć (X) <b>tylko</b> jedno pole.	<input type="checkbox"/> <b>Chciała Pani być w ciąży wcześniej.</b> <input type="checkbox"/> <b>Chciała Pani być w ciąży później.</b> <input type="checkbox"/> <b>Chciała Pani być w ciąży właśnie wtedy.</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie chciała Pani być w ciąży ani wtedy, ani w przyszłości.</b>																

**Jeśli chcą Państwo, aby nazwisko ojca/rodzica dziecka pojawiło się w akcie urodzenia, należy podać dokładne i kompletne informacje, jak opisano to poniżej, i złożyć wypełniony formularz w Birth Registrar szpitala.**

## Oraz

- 1) Jeśli jest Pani w związku małżeńskim, proszę zapytać w szpitalu, co jest konieczne, aby nazwisko drugiego rodzica pojawiło się w akcie urodzenia jako prawnego rodzica dziecka; lub
- 2) Jeśli jest Pani w związku małżeńskim i więcej niż jedna osoba może być drugim rodzicem dziecka, należy się udać do sądu rodzinnego w celu ustalenia ojcostwa; lub
- 3) Jeśli nie jest Pani w związku małżeńskim i dziecko nie jest przedmiotem umowy o macierzyństwo zastępcze, zarówno Pani, jak i domniemany rodzic mogą podpisać formularz potwierdzenia ojcostwa w obecności dwóch niespokrewnionych świadków; lub
- 4) Jeśli okoliczności nie są opisane powyżej, należy skonsultować się z Birth Registrar szpitala.

## Informacje o ojcu/rodzicu w przypadku urodzenia żywego dziecka Do wypełnienia przez matkę/rodzica lub ojca/rodzica

### Ojciec/rodzic

<p>31. Jak <b>nazywał się</b> ojciec/rodzic dziecka przed pierwszym małżeństwem ojca/rodzica (nazwisko po urodzeniu)? Proszę wpisać imię i nazwisko ojca/rodzica dokładnie w takiej formie, w jakiej mają się one znaleźć w akcie. Aby zmienić te informacje w przyszłości, trzeba będzie złożyć wniosek o dokonanie korekty w Wydziale Zdrowia.</p>	Imię ojca/rodzica	Drugie imię/imiiona ojca/rodzica	Nazwisko ojca/rodzica	Sufiks (Jr., III itp.)
<p>32-34. Jaka jest <b>data urodzin, aktualny wiek</b> oraz <b>pleć</b> ojca/rodzica? Opcja „X” oznacza płeć, która nie jest wyłącznie męska lub żeńska (jest to niebinarna tożsamość płciowa).</p>	Data urodzenia ojca/rodzica ____ / ____ / ____ <i>Miesiąc                      Dzień                      Rok</i>		Aktualny wiek ____	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X
<p>35. Jaki jest <b>Numer ubezpieczenia społecznego</b> ojca/rodzica? Podanie numerów SSN rodziców jest wymagane przez prawo federalne, 42 USC 405(c) (sekcja 205c ustawy o ubezpieczeniu społecznym). Numery zostaną przekazane do NYS Office of Temporary and Disability Assistance jako pomoc w czynnościach związanych z egzekucją świadczeń alimentacyjnych oraz do Internal Revenue Service poprzez Social Security Administration w celu określenia zgodności z przepisami dotyczącymi ulgi podatkowej od uzyskanych dochodów.</p>	SSN ojca/rodzica ____ - ____ - ____ Podpis matki/rodzica na poprzedniej stronie potwierdza, że powyższy SSN jest prawidłowy.		<input type="checkbox"/> Ojciec/rodzic nie posiada SSN	

### Miejsce urodzenia ojca/rodzica

<p>36. Gdzie <b>urodził się</b> ojciec/rodzic?</p>	Miasto	Stan (jeśli nie w USA, proszę podać kraj)	Kraj
<p>37. Jeśli ojciec/rodzic urodził się poza USA, jak długo mieszka w USA?</p>	Lata zamieszkiwania w USA. ____	Lub Jeśli mniej niż rok:	Miesiące zamieszkiwania w USA. ____

### Cechy ojca/rodzica

<p>38. <b>Wykształcenie:</b> Jaki jest najwyższy <b>ukończony</b> poziom wykształcenia ojca/rodzica do momentu urodzenia dziecka? <i>Zaznaczyć (X) tylko jedno pole.</i></p>	<input type="checkbox"/> 8 klasa lub niższe; brak <input type="checkbox"/> 9–12 klasa, brak dyplomu <input type="checkbox"/> Ukończenie szkoły średniej lub egzamin GED <input type="checkbox"/> Zaliczone studia, brak dyplomu <input type="checkbox"/> Dwuletnie studia licencjackie (np. AA, AS) <input type="checkbox"/> Tytuł licencjata (np. BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Tytuł magistra (np. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doktorat (np. PhD, EdD) lub tytuł zawodowy (np. MD, DDS, DVM, LLB, JD)
<p>39. Jaki jest obecny lub ostatni <b>zawód/praca</b> ojca/rodzica?</p>	Zawód (np. kasjer, kasjerka bankowa, pielęgniarka, adwokat itp.)
<p>40. W jakiej <b>branży</b> wykonywał ten zawód/tę pracę? Nie podawać nazwy firmy, ale wpisać rodzaj działalności.</p>	Branża (np. restauratorska, prawna bankowość, opieka zdrowotna itp.)
<p>41. Jakie jest <b>pochodzenie</b> ojca/rodzica? Zaznaczyć (X) <b>jedno</b> pole i określić, za kogo ojciec/rodzic uważa się w największym stopniu.</p>	<input type="checkbox"/> Latynoskie (np. meksykańskie, portorykańskie, kubańskie, dominikańskie itd.) Określić: _____ <input type="checkbox"/> Nie jestem pochodzenia latynoskiego (np. Włoszka, Afroamerykanka, Haitanka, Pakistanka, Ukrainka, Nigeryjka, Tajwanka itd.) Określić: _____
<p>42. Jaka jest <b>rasa</b> ojca/rodzica? Rasa jest definiowana przez spis powszechny USA. Latynos/latynoska nie jest rasą według spisu powszechnego USA. W przypadku pochodzenia latynoskiego proszę skorzystać z pytania 41. Zaznaczyć (X) wszystkie, które mają zastosowanie, a w odpowiednich miejscach sprecyzować.</p>	<input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Czarna lub afroamerykańska <input type="checkbox"/> Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski (nazwa plemienia zarejestrowanego lub głównego) <input type="checkbox"/> Azjatycka indyjska <input type="checkbox"/> Chińska <input type="checkbox"/> Filipińska <input type="checkbox"/> Japońska <input type="checkbox"/> Koreańska <input type="checkbox"/> Wietnamska <input type="checkbox"/> Inna azjatycka (określić) <input type="checkbox"/> Rdzenna hawajska <input type="checkbox"/> Guamska lub chamorro <input type="checkbox"/> Samońska <input type="checkbox"/> Inny Mieszkaniec Wysp Pacyfiku (określić) <input type="checkbox"/> Inna (określić)