STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

اظهارنامه پرداخت هزینه های مراقبت
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

نام و نام خانوادگی پدر یا مادر غیر سرپرست	شماره پرونده IV-D

لیست مراقبت از کودک را که از یک سرپرست غیر ولی برای هر ماه از ده سال گذشته دریافت کرده اید را لیست کنید.

سال					
ژانویه					
فوریه					
مارس					
آوریل					
می					
جون					
جولای					
آگوست					
سپتامبر					
اکتبر					
نوامبر					
دسامبر					
جمع					

سال					
ژانویه					
فوریه					
مارس					
آوریل					
می					
جون					
جولای					
آگوست					
سپتامبر					
اکتبر					
نوامبر					
دسامبر					
جمع					

اینجانب با توجّه کامل به جریمه گواهی دروغ تحت قوانین ایالت واشینگتن، گواهی می کنم که اطّلاعات فراهم شده درست و صحیح می باشد.

امضاء شده در _____ واشینگتن.

تاریخ	امضاء شما