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

ERKLÆRING OM BIDRAGSBETALINGER
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

BIDRAGSPLIKTIGES FULLE NAVN	IV-D SAKSNUMMER

Angi barnebidragsbeløpet du mottok fra ovennevnte bidragspliktige forelder for hver måned i løpet av de siste 10 år.

ÅR					
Januar					
Februar					
Mars					
April					
Mai					
Juni					
Juli					
August					
September					
Oktober					
November					
Desember					
Totalt					

ÅR					
Januar					
Februar					
Mars					
April					
Mai					
Juni					
Juli					
August					
September					
Oktober					
November					
Desember					
Totalt					

Jeg erklærer under eds ansvar, i samsvar med staten Washingtons lovverk, at ovennevnte informasjon er sannferdig og fullstendig.

Undertegnet i (sted) _____, Washington

DATO	DIN UNDERSKRIFT