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

DECLARAȚIE PRIVIND PLĂȚILE PENTRU ÎNTREȚINERE
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

NUMELE COMPLET AL PĂRINTELUI FĂRĂ CUSTODIE	NUMĂR DE CAZ CONFORM IV-D

Introduceți toate sumele lunare primite pentru întreținerea copilului în ultimii zece ani.

ANUL					
Ianuarie					
Februarie					
Martie					
Aprilie					
Mai					
Iunie					
Iulie					
August					
Septembrie					
Octombrie					
Noiembrie					
Decembrie					
Total					

ANUL					
Ianuarie					
Februarie					
Martie					
Aprilie					
Mai					
Iunie					
Iulie					
August					
Septembrie					
Octombrie					
Noiembrie					
Decembrie					
Total					

Declar sub incidența legilor statului Washington privind mărturia mincinoasă, că toate cele de mai sus sunt adevărate şi corecte.

Semnat la _____ Washington.

DATA	SEMNĂTURA