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

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПОЛУЧЕНИИ ПЛАТЕЖЕЙ ПО АЛИМЕНТАМ
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

ПОЛНОЕ ИМЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ИМЕЮЩЕГО ПРАВА ОПЕКИ	НОМЕР ДЕЛА IV-D

Укажите платежи по алиментам, которые вы получали от вышеназванного родителя, не имеющего права опеки, каждый месяц за последние десять лет.

ГОД					
январь					
февраль					
март					
апрель					
май					
июнь					
июль					
август					
сентябрь					
октябрь					
ноябрь					
декабрь					
Итого					

ГОД					
январь					
февраль					
март					
апрель					
май					
июнь					
июль					
август					
сентябрь					
октябрь					
ноябрь					
декабрь					
Итого					

Под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами штата Вашингтон, заявляю, что вышеуказанная информация является правдивой и верной.

Подписано в г. _____ , штат Вашингтон

ДАТА	ВАША ПОДПИСЬ