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

คำแถลงเกี่ยวกับการจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูบุตร

DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

ชื่อเต็มของบิดาหรือมารดาที่ไม่ใช่ผู้คุ้มครองดูแลบุตร	หมายเลขกรณี IV-D

รายการเกี่ยวกับเงินค่าเลี้ยงดูบุตรสำหรับแต่ละเดือนในช่วงสิบปีที่แล้วที่ท่านได้รับจากบิดาหรือมารดาที่ไม่ใช่ผู้คุ้มครองดูแลบุตร

ปี					
มกราคม					
กุมภาพันธ์					
มีนาคม					
เมษายน					
พฤษภาคม					
มิถุนายน					
กรกฎาคม					
สิงหาคม					
กันยายน					
ตุลาคม					
พฤศจิกายน					
ธันวาคม					
รวมทั้งสิ้น					

ปี					
มกราคม					
กุมภาพันธ์					
มีนาคม					
เมษายน					
พฤษภาคม					
มิถุนายน					
กรกฎาคม					
สิงหาคม					
กันยายน					
ตุลาคม					
พฤศจิกายน					
ธันวาคม					
รวมทั้งสิ้น					

ข้าพเจ้าขอรับรองภายใต้บทลงโทษการให้การเท็จว่าข้อมูลต่อไปนี้เป็นความจริงและถูกต้องภายใต้กฎหมายของรัฐวอชิงตัน

ลงนามที่ _____ รัฐวอชิงตัน

วันที่	ลายเซ็นของท่าน