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

ИНСТРУКЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПЛАТЕЖЕЙ РАБОТАДАТЕЛЕМ
EMPLOYER PAYMENT IDENTIFICATION INSTRUCTIONS

НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЭТУ ФОРМУ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПЛАТЕЖЕЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННОГО ПЕРЕВОДА СРЕДСТВ.

Для надлежащего оформления платежей Division of Child Support (отделу алиментов - DCS) требуется информация о каждом из работников, включенных в Ваш платеж. Предоставляемая Вами информация позволяет быстро распределить средства получающим алименты семьям. Укажите приведенные ниже сведения для каждого из работников, включенных в платеж (*можно использовать форму, приведенную в конце этой страницы*):

1. Имя работника.
2. Номер социального страхования (SSN) или номер счета работника.
3. Дата выплаты работнику заработной платы.
4. Сумма, удержанная из заработной платы работника и направленная в Washington State Support Registry (государственную судебную канцелярию по вопросам алиментов штата Вашингтон).

Если у вас возникли вопросы относительно платежей, позвоните по телефону консультаций для работодателей 800-628-3795. Если Вам необходима информация о переводе денег с помощью системы электронных платежей, позвоните по телефону 360-664-5103 (в пределах зоны вызова Олимпии) или 800-468-7422 (вне зоны вызова Олимпии). Информацию можно также получить на веб-сайте в Интернете по адресу www.wa.gov/dshs/dcs.

Адрес для перевода платежей:

WASHINGTON STATE SUPPORT REGISTRY
PO BOX 45868
OLYMPIA WA 98504-5868

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОИЗВЕДЕННОМ РАБОТОДАТЕЛЕМ ПЛАТЕЖЕ

(Можно сделать копии с данной формы для включения в нее дополнительных работников и для выполнения платежей в будущем.)

НАЗВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЯ:	
СЛУЖЕБНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (включая междугородный код): ( )	

ИМЯ РАБОТНИКА:	ДАТА ВЫПЛАТЫ РАБОТНИКУ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:
НОМЕР СОЦ. СТРАХ. (SSN) ИЛИ НОМЕР СЧЕТА РАБОТНИКА:	УДЕРЖАННАЯ СУММА:

ИМЯ РАБОТНИКА:	ДАТА ВЫПЛАТЫ РАБОТНИКУ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:
НОМЕР СОЦ. СТРАХ. (SSN) ИЛИ НОМЕР СЧЕТА РАБОТНИКА:	УДЕРЖАННАЯ СУММА:

ИМЯ РАБОТНИКА:	ДАТА ВЫПЛАТЫ РАБОТНИКУ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:
НОМЕР СОЦ. СТРАХ. (SSN) ИЛИ НОМЕР СЧЕТА РАБОТНИКА:	УДЕРЖАННАЯ СУММА:

ИМЯ РАБОТНИКА:	ДАТА ВЫПЛАТЫ РАБОТНИКУ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:
НОМЕР СОЦ. СТРАХ. (SSN) ИЛИ НОМЕР СЧЕТА РАБОТНИКА:	УДЕРЖАННАЯ СУММА:

ИМЯ РАБОТНИКА:	ДАТА ВЫПЛАТЫ РАБОТНИКУ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ:
НОМЕР СОЦ. СТРАХ. (SSN) ИЛИ НОМЕР СЧЕТА РАБОТНИКА:	УДЕРЖАННАЯ СУММА: