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

资源和支出表
(Statement of Resources and Expenses)

监护父母的姓名
非监护父母的姓名
案件编号

（除您的签名之外，请打印全部回答）

注： **您必须向 Division of Child Support (DCS)（儿童抚养服务局）提供社会保障号。DCS 按照《社会保障法》第 IV-D 部分规定，将该号码用于儿童抚养执行服务。**

I. 您的个人信息		
全名	出生日期	社会保障号
家庭电话号码	工作电话号码	短信 / 手机号码
家庭所在街道或邮政信箱地址	当前婚姻状况 ☐ 已婚 ☐ 单身 ☐ 离异	
家庭所在城市 州 邮政编码	配偶姓名 / 家庭其他成人	
结婚地点（市/县/州）	结婚日期	
家中儿童人数	家中成人人数	电子邮箱地址

II. 就业信息	
A. 您的就业信息	
职业	当前就业状态 ☐ 被雇用 ☐ 被解雇 ☐ 个体经营
雇主名称	雇主电话号码
雇主地址 城市 州 邮政编码	
工会名称	工会地址 城市 州 邮政编码

II. 就业信息（续）			
B. 您的自雇信息			
注：请随附您公司最近的联邦所得税申报表的副本，作为收入和支出的证据。			
公司名称		公司地址 城市 州 邮政编码	
公司类型 ☐ 企业 ☐ 合伙企业 ☐ 个体经营		营业税标识码	
公司银行账户地址			
年度总营业收入		年度净营业收入	
C. 当前配偶 / 家庭其他成人的就业信息			
社会保障号	职业	雇主名称	
雇主地址 城市 州 邮政编码		工会联盟	
D. 当前配偶 / 家庭其他成人的自雇信息			
注：随附您配偶公司的最近联邦所得税申报表的副本，作为收入和支出的证据。			
公司名称		公司地址 城市 州 邮政编码	
公司类型 ☐ 企业 ☐ 合伙企业 ☐ 个体经营		营业税标识码	
公司银行账户地址			
年度总营业收入		年度净营业收入	
E. 家属的医疗/ 牙齿保险			
医疗 ☐ 是 ☐ 否	医疗保险公司的名称和地址		
牙科 ☐ 是 ☐ 否	牙科保险公司的名称和地址		
医疗保单持有人姓名		牙科保单持有人姓名	
III. 收入和资产信息			
A. 上月全部来源的收入			
本人薪金	营业收入	配偶收入	家庭其他成人的收入
其他收入	总收入总计	净收入总计	

III. 收入和资产信息（续）			
B. 先前 12 个月全部来源的总收入			
月份	本人的总收入	配偶 / 其他成人的收入	收入来源（雇主姓名等）
1 月			
2 月			
3 月			
4 月			
5 月			
6 月			
7 月			
8 月			
9 月			
10 月			
11 月			
12 月			

C. 储蓄债券			
储蓄债券类型	面值	储蓄债券类型	面值

D. 个人银行账户			
账户类型	银行名称和地址	账号	上月末余额
支票			
存款			
合作银行			
其他			

E. 股票和债券		
说明	股份数目	面值

III. 收入和资产信息（续）		
F. 房地产（已拥有的或分期购买的，包括住宅）		
地址或法定说明	购买年份	抵押物持有人

G. 个人动产（已拥有的或分期购买的）

财产类型	制造厂	年份	牌照号码和说明	合同持有人	所欠金额
汽车					
汽车					
轮船/机动车					
轮船/机动车					
露营车/娱乐车					
其他					
其他					
其他					
其他					
其他					
其他					

H. 保险箱

保险箱的位置	内容说明	总值

I. 人寿保单

保险公司名称和地址	现金价值

J. 退休账户

账户类型	持有机构的名称和位置	账号	上月末余额
个人退休账户			
个人退休账户			
其他			

IV. 每月支出日期	
A. 住房费用	
1. 租金或房款	
2. 税收和保险（如果未包含在上述款项内）	
3. 每月住房费用总计（上述 1-2 项合计）	
B. 水电费	
1. 供热（燃气和石油）	
2. 供电	
3. 供水、排污、垃圾	
4. 电话	
5. 其他（详细说明）	
6. 每月水电费支出总计（上述 1-5 项合计）	
C. 饮食	
1. _____个人的食品	
2. 出外用餐	
3. 其他（详细说明）	
4. 每月食品支出总计（上述 1-3 项合计）	
D. 儿童护理	
1. _____ 个儿童的日托/托婴服务	
2. 衣服	
3. _____个儿童的上学支出	
4. 针对不和本人居住在一起的儿童而支付的儿童抚养支出	
5. 儿童的其他相关支出（列表）：	
6. 每月儿童护理支出总计（上述 1-5 项合计）	
E. 交通运输	
1. 购车款或租车支出	
2. 保险	
3. 执照	
4. 燃油和日常维护	
5. 泊车	
6. 其他（详细说明）	
7. 每月交通运输支出总计（上述 1-6 项合计）：	

IV. 每月支出信息（续）	
F. 服装	
1. 工作服	
2. 其他服装	
3. 每月服装支出总计（上述 1-2 项合计）	
G. 健康护理	
1. 医疗和牙科保险支出	
2. 未投保的牙齿、牙科正畸、医疗和眼部护理	
3. 其他未投保的健康护理支出（列表）：	
4. 每月总健康护理支出（上述 1-3 项合计）	
H. 个人	
1. 护发 / 个人护理	
2. 教育	
3. 书籍、报纸和杂志	
4. 其他（清单）：	
5. 每月个人护理支出总计（上述 1-4 项合计）	

I. 每月其他经常性支出和款项		
支付给	负债余额	每月余额
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11. 每月其他经常性支出和款项 （上述 1-10 项合计）		

IV. 每月支出信息（续）	
J. 每月支出总计	
1. 将每月支出数据部分的 A 至 I 项全部总计栏加在一起	
2. 您占上栏每月总支出的份额 （上栏金额减去您的配偶之外任何人提供的出资/援助）	

V. 声明	
根据华盛顿州法律作伪证受处罚的规定，本人宣布：据本人所知，本人在本表格中提供的信息真实无误、完整无缺。本人理解，如果本人作出任何有意的虚假声明或失实陈述，华盛顿州可起诉本人。本人理解，本人的声明须经社会与健康服务署核实。	
签名	日期