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

Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

CUSTODIAL PARENT'S NAME
NONCUSTODIAL PARENT'S NAME
IV-D CASE NUMBER

اظهارات درباره منابع درآمد و مخارج
STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES

(بجز امضاء خود، لطفا همه پاسخ ها را تایپ کنید)

توجه: شما باید شماره کد ملی خود را به دفتر حمایت از کودکان بدهید. این دفتر از این کد برای ارائه خدمات حمایتی به کودک طبق ماده IV-D از قانون امنیت اجتماعی استفاده خواهد کرد.

I. اطلاعات شخصی شما

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره کد ملی
شماره تلفن منزل	شماره محل کار	شماره تلفن و شماره موبایل
آدرس منزل یا صندوق پستی		وضعیت تاهل مطلقه ☐ مجرد ☐ متاهل ☐
شهر محل سکونت	ایالت / صندوق پستی	نام همسر
محل ازدواج (شهر/ایالت/کشور)		تاریخ ازدواج
تعداد کودکانی که د رخانه من زندگی می کنند	تعداد افراد بالغی که در خانه من زندگی می کنند	آدرس پست الکترونیکی

II. اطلاعات مربوط به استخدام

الف. اطلاعات مربوط به استخدام شما

شغل	وضعیت کنونی استخدام شغل آزاد ☐ استخدام نیستید ☐ استخدام ☐
نام کار فرما	شماره تلفن کار فرما
آدرس کارفرما / شهر / ایالت	کد پستی
نام اتحادیه	آدرس اتحادیه / شهر / ایالت / صندوق پستی

II. اطلاعات مربوط به استخدام(ادامه)

ب.اطلاعات مربوط به خود اشتغالی شما

توجه: آخرین نسخه بازپرداخت مالیات درآمد کاری فدرال خود را به عنوان اثبات درآمد و مخارج خود برای ما ضمیمه کنید.

نام شرکت	آدرس شرکت / شهر / ایالت / صندوق پستی
نوع شرکت تعاونی ☐ شراکت ☐ تملک مطلق ☐	شماره شناسایی مالیات شرکت
حساب بانکی مربوط به شرکت واقع در	
درآمد ناخالص سالانهشرکت	درآمد خالص سالانهشرکت

ج.اطلاعات مربوط به وضعیت شغلی همسر کنونی

کد ملی	شغل	نام کارفرما
آدرس کارفرما / شهر / ایالت	کد پستی	عضویت در اتحادیه

چ.اطلاعات مربوط به وضعیت شغل آزاد همسر کنونی

توجه: آخرین نسخه بازپرداخت مالیات درامد کاری فدرال خود همسر خود را برای اثبات درآمد و مخارج خود ضمیمه کنید.

شرکت	آدرس شرکت / شهر / ایالت / صندوق پستی
نوع شرکت تعاونی ☐ شراکت ☐ تملک مطلق ☐	شماره شناسایی مالیاتشرکت
حساب بانکی مربوط به شرکت واقع در	
درآمد ناخالص سالانه شرکت	درآمد خالص سالانه شرکت

د.بیمه های پزشکی/دندانپزشکی برای وابستگان

پزشکی بله ☐ خیر ☐	نام و آدرس شرکت بیمه پزشکی
دندانپزشکی بله ☐ خیر ☐	نام و آدرس شرکت بیمه دندانپزشکی
نام دارندگان بیمه نامه پزشکی	نام دارندگان بیمه نامه دندانپزشکی

III. اطلاعات مربوط به دارایی و درآمدها

الف.درآمد شما از همه منابع در ماه آینده

حقوق شما	درآمد شغلی	درآمد همسر	درآمد افراد بالغ دیگر در منزل شما
دیگر درآمدها	درآمد ناخالص کلی	درآمد خالص کلی	

III.اطلاعات مربوط به دارایی و درآمد ها(ادامه)

ب.درآمد ناخالص از تمام منابع درآمد برا ی12 ماه آینده

ماه	درآمد ناخالص شما	درآمد ناخالص همسر	منبع درآمد (نام کارفرما،و غیره)
ژانویه			
فوریه			
مارس			
آوریل			
می			
ژوئن			
ژوئیه			
اوت			
سپتامبر			
اکتبر			
نوامبر			
دسامبر			

ج.اوراق قرضه پس انداز شده

نوع اوراق قرضه پس انداز شده	ارزش ظاهری	نوع اوراق قرضه پس انداز شده	ارزش ظاهری

چ.حسابهای بانکی شخصی

نوع حساب	مکان و نام بانک	شماره حساب	موجودی در پایان آخرین ماه
چک			
پس انداز			
اعتباری اتحادیه			
دیگر			

ح.اوراق قرضه و سهام

توضیحات	تعداد سهم	بهای هر سهم

III .اطلاعات مربوط به داری‌ی و درآمدها(ادامه)

خ.مستغلات (داری‌ی ها و خری‌دها از جمله خانه)

آدرس ی‌ا توضی‌حات قانونی	درآمد سالانه	ای‌جاد امنی‌ت از طری‌ق

د.دارای‌ی شخصی (دارای‌ی ی‌ا خری‌داری شده)

نوع دارای‌ی	محصول	سال	شماره پلاک و توضی‌حات	قرار داد به نام	سهمی که مال شماست
ماشی‌ن					
ماشی‌ن					
قای‌ق/موتور					
قای‌ق/موتور					
ون/ اتومبی‌ل تفری‌ح					
دی‌گر					
دی‌گر					
دی‌گر					
دی‌گر					
دی‌گر					
دی‌گر					

ذ.صندوق امانت

محل صندوق	توضی‌حات محتوا	ارزش کلی

ر. بی‌مه نامه عمر

نام و آدرس شرکت بی‌مه	ارزش نقدی

ز. حساب ها ی بازنشستگی

نوع حساب	نام و محل موسسه نگهدارنده حساب	شماره حساب	موجودی حساب در پای‌ان ماه آخر
حساب بازنشستگی شخصی			
حساب بازنشستگی شخصی			
دی‌گر			

IV.اطلاعات مربوط به مخارج ماهانه	
الف. مسکن	
1. اجاره یا کرایه منزل	
2. مالیات و بیمه (اگر با هزینه های بالا پرداخت نشده باشد)	
3 .هزینه ماهانه مسکن (خط 1-2 در بالا را اضافه کنید)	
ب. خدمات رفاهی	
1.گرما (گاز یا نفت)	
2.برق	
3.آب، فاضلاب، زباله	
4.تلفن	
5. دیگر(نام ببرید)	
6.خدمات رفاهی در ماه (خط 1-5 را اضافه کنید)	
ج. غذا	
1. غذا برای	
2.غذاهایی که خارج از منزل می خوریم.	
3. دیگر(نام ببرید)	
4.هزینه غذای ماهانه (خط 1-3 را اضافه کنید)	
چ. مخارج مربوط به مراقبت از کودک	
1.مراقبت روزانه/ پرستار برای کودکان	
2.پوشاک	
3. هزینه مدرسه برای کودکان	
4. هزینه های پرداختی برای حمایت ا زکودکانی که با شما زندگی نمی کنند	
5. مخارج دیگر مخارج مربوط به فرزندان(لیست شود):	
6. هزینه ها ی کلی برای مراقبت از کودک(خط 1-5 در بالا را اضافه کنید)	
ح. حمل و نقل	
1. هزینه برای حمل و نقل یا اجاره	
2.بیمه	
3. شماره پلاک	
4. هزینه سوخت و نگهداری روزانه	
5.پارکینگ	
6. دیگر(نام ببرید)	
هزینه حمل و نقل د رماه(خطوط 1-6 را در بالا اضافه کنید)	

IV. اطلاعات مربوط به مخارج ماهانه دیگر	
خ. پوشاک	
1.لباس کار	
2.لباس هاس دیگر	
3. هزینه پوشاک در هرماه (خط 1-2 در بالا را اضافه کنید)	
د. مراقبتهای بهداشتی	
1. حق بیمه برای پزشکی و دندانپزشکی	
2.هزینه ها ی دندانپزشکی، ارتودنسی، پزشکی، و چشم پزشکی بیمه نشده	
3. دیگر هزینه های بهداشتی بیمه نشده(لیست کنید) :	
4 . هزینه مراقبتهای بهداشتی در ماه (خط 1-3 را اضافه کنید)	
ذ. شخصی	
1.مراقبت از مو/مراقبتهای شخصی	
2.تحصیلات	
3.کتاب،روزنامه،و مجله	
4. دیگر(لیست کنید)	
5 .هزینه ها یکلی شخصی در ماه(از خط 1-4 در بالا اضافه شود)	

ر. دیگر مخارج و هزینه های ماهانه		
پرداخت به	بدهکاری	موجودی ماهانه
2 .		
3 .		
4 .		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11. کلیه مخارج و پرداختی ها ی ماهانه (خط 1-10 را در بالا اضافه کنید)		

IV. اطلاعات مربوط به مخارج ماهانه (ادامه)	
ز. مخارج ماهانه به طور کلی	
1. د ربخش داده ها ی مربوط به مخارج ماهانه **کلی‌ه** موارد را وارد کنید.	
2. سهم شما در مخارج ماهانه از خط اول (در مخارج ذکر شده از خط اول چه کسی دیگری جز همسر شما همکاری می کند)	
V. اظهاری‌ه	
ای‌نجانب اظهار می دارم که طبق قوانین مجازات ایالت واشنگتن، تمام اطلاعاتی که در این فرم ارائه کرده ام بر طبق آنچه که می دانستم حقیقت بوده، و صحت دارد. من می دانم که ایالت واشنگتن درصورت اظهارهر گونه سخن کذب عامدانه و سوء تعبیر مرا مورد تعقیب قرار خواهد داد. من مطلع هستم که تمام اظهارات من مورد رسیدگی دفتر خدمات اجتماعی و سلامت قرار خواهد گرفت.	
امضاء	تاریخ