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

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH I WYDATKACH
STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES

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

(Wszystkie odpowiedzi [oprócz podpisu] należy wpisać na komputerze lub maszynie do pisania)

Uwaga: Należy obowiązkowo dostarczyć własny numer opieki społecznej (PESEL)do Działu alimentów (DCS). Dział alimentów użyje go do zabezpieczenia obowiązkowych usług wynikających z utrzymania dziecka, tak jak jest to zdefiniowane w tytule IV-D Karty Opieki Społecznej

I. DANE PERSONALNE

IMIĘ I NAZWISKO	DATA URODZENIA	NUMER OPIEKI SPOŁECZNEJ
TELEFON DOMOWY	TELEFON SŁUŻBOWY	NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO/PAGERA
ADRES ALBO SKRYTKA POCZTOWA		STAN CYWILNY ☐ ZAMĘŻNY/A ☐ KAWALER/PANNA ☐ W SEPARACJI
MIASTO	STAN / KOD POCZTOWY	NAZWISKO RODOWE
MIEJSCE ZAWARCIA ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO (MIASTO/HRABSTWO/STAN)		DATA ŚLUBU
LICZBA DZIECI W RODZINIE	LICZBA DOROSŁYCH W RODZINIE	ADRES E-MAIL

II. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

PANI/PANA INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

ZAWÓD	OBECNY STATUS ZATRUDNIENIA ☐ ZATRUDNIONY ☐ BEZROBOTNY ☐ SAMOZATRUDNIONY
NAZWA PRACODAWCY	NUMER TELEFONU PRACODAWCY
ADRES PRACODAWCY	MIASTO / STAN / KOD POCZTOWY
NAZWA ZWIĄZKU ZAWODOWEGO	ADRES ZWIĄZKU / MIASTO / STAN / KOD POCZT.

II. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU (CIĄG DALSZY)

B. PANI/PANA INFORMACJE O SAMOZATRUDNIENIU

UWAGA: Należy dołączyć kopię Państwa ostatniego firmowego zeznania podatkowego jako poświadczenia przychodów i wydatków

NAZWA FIRMY	ADRES FIRMY MIASTO STAN KOD POCZT.
RODZAJ FIRMY ☐ KORPORACJA ☐ SPÓŁKA ☐ WŁASNA	NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ
KONTA BANKOWE FIRMY ZNAJDUJĄ SIĘ W:	
CAŁKOWITY ROCZNY PRZYCHÓD FIRMY (KWOTA BRUTTO)	CAŁKOWITY ROCZNY DOCHÓD FIRMY (KWOTA NETTO)

C. INFORMACJE O ZATRUDNIENIU WSPÓŁMAŁŻONKA

NUMER OPIEKI SPOŁECZNEJ (PESEL)	ZAWÓD	NAZWA PRACODAWCY
ADRES PRACODAWCY MIASTO STAN KOD POCZT.		PRZYNALEŻNOŚĆ DO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO

D. BIEŻĄCE INFORMACJE O SAMOZATRUDNIENIU WSPÓŁMAŁŻONKA

UWAGA: Należy dołączyć kopię ostatniego firmowego zeznania podatkowego współmałżonka jako poświadczenia przychodów i wydatków

NAZWA FIRMY	ADRES FIRMY MIASTO STAN KOD POCZT.
RODZAJ FIRMY ☐ KORPORACJA ☐ SPÓŁKA ☐ WŁASNA	NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ
KONTA BANKOWE FIRMY ZNAJDUJĄ SIĘ W:	
CAŁKOWITY ROCZNY PRZYCHÓD FIRMY (KWOTA BRUTTO)	CAŁKOWITY ROCZNY DOCHÓD FIRMY (KWOTA NETTO)

E. MEDYCZNE/DENTYSTYCZNE UBEZPIECZENIE NA OSOBY PODLEGŁE

MEDYCZNE ☐ TAK☐ NIE	NAZWA I ADRES TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO (UBEZP. MEDYCZNE)
DENTYSTYCZNE ☐ TAK ☐ NIE	NAZWA I ADRES TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO (UBEZP. DENTYSTYCZNE)
NAZWISKO POSIADACZA MEDYCZNEJ POLISY UBEZPIECZENIOWEJ	NAZWISKO POSIADACZA DENTYSTYCZNEJ POLISY UBEZPIECZENIOWEJ

III. INFORMACJE O DOCHODZIE I ZGROMADZONYM KAPITALE

A. PRZYCHODY ZE WSZYSTKICH ŹRÓDEŁ Z MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO

PENSJA	DOCHÓD Z FIRMY	DOCHÓD WSPÓŁMAŁŻONKA	DOCHÓD INNYCH DOROSŁYCH W PAŃSTWA GOSPODARSTWIE
INNE DOCHODY	CAŁKOWITY PRZYCHÓD	CAŁKOWITY DOCHÓD	

III. INFORMACJE O DOCHODZIE I ZGROMADZONYM KAPITALE (CIĄG DALSZY)

B. CAŁKOWITY DOCHÓD ZE WSZYSTKICH ŹRÓDEŁ Z OSTATNICH 12 MIESIĘCY

MIESIĄC	PANI/PANA DOCHÓD	DOCHÓD WSPÓŁMAŁŻONKA	ŹRÓDŁO DOCHODU (NAZWA PRACODAWCY ITP.)
STYCZEŃ			
LUTY			
MARZEC			
KWIECIEŃ			
MAJ			
CZERWIEC			
LIPIEC			
SIERPIEŃ			
WRZESIEŃ			
PAŹDZIERNIK			
LISTOPAD			
GRUDZIEŃ			

C. PAPIERY WARTOŚCIOWE

RODZAJ PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH	WARTOŚĆ RZECZYWISTA	RODZAJ PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH	WARTOŚĆ RZECZYWISTA

D. OSOBISTE KONTA BANKOWE

RODZAJ KONTA	NAZWA I SIEDZIBA BANKU	NUMER KONTA	SALDO ZA OSTATNI MIESIĄC
CZEKOWE			
OSZCZĘDNOŚCI OWE			
KREDYTOWE			
INNE			

E. AKCJE I PAPIERY WARTOŚCIOWE

OPIS	LICZBA	WARTOŚĆ RZECZYWISTA

III. INFORMACJE O DOCHODZIE I ZGROMADZONYM KAPITALE (CIĄG DALSZY)

F. NIERUCHOMOŚCI (POSIADANE LUB ZAKUPIONE WŁĄCZNIE Z DOMEM)

ADRES LUB OPIS USTAWOWY	DATA NABYCIA	HIPOTEKA

G. RUCHOMOŚCI (WŁASNE LUB NABYTE)

RODZAJ RUCHOMOŚCI	MARKA	ROK PRODUKCJI	NUMER LICENCJI I OPIS	HIPOTEKA	KWOTA POSIADANA
SAMOCHÓD					
SAMOCHÓD					
ŁÓDŹ/MOTOR					
ŁÓDŹ/MOTOR					
PRZYCZEPA KEMPINGOWA					
INNE					
INNE					
INNE					
INNE					
INNE					
INNE					

H. DEPOZYTY W SKRYTKACH

MIEJSCE SKRYTKI	OPIS ZAWARTOŚCI	WARTOŚĆ CAŁKOWITA

I. POLISA UBEZPIECZENIOWA NA ŻYCIE

NAZWA I ADRES TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO	WARTOŚĆ POLISY

J. KONTA W FUNDUSZACH EMERYTALNYCH

RODZAJ KONTA	NAZWA I SIEDZIBA FIRMY ZARZĄDZAJĄCEJ	NUMER KONTA	SALDO ZA OSTATNI MIESIĄC
OSOBISTE KONTO EMERYTALNE			
OSOBISTE KONTO EMERYTALNE			
INNE			

IV. INFORMACJE O MIESIĘCZNYCH WYDATKACH	
A. UTRZYMANIE DOMU/MIESZKANIA	
1. CZYNSZ/OPŁATA ZA WYNAJEM	
2. PODATKI I UBEZPIECZENIA (JEŚLI NIEPOKRYTE PRZEZ OPŁATĘ WYŻEJ)	
3. CAŁKOWITA KWOTA UTRZYMANIA DOMU/MIESZKANIA (PROSZĘ DODAĆ DO SIEBIE OBIE KWOTY)	
B. MEDIA	
1. OGRZEWANIE (GAZ LUB OLEJ OPAŁOWY)	
2. ELEKTRYCZNOŚĆ	
3. WODA, ŚCIEKI, ŚMIECI	
4. TELEFON	
5. INNE (PROSZĘ WYSZCZEGÓLNIĆ):	
6. CAŁKOWITA KWOTA ZA MEDIA (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-5)	
C. JEDZENIE	
1. ŻYWNOŚĆ DLA .....OSÓB	
2. POSIŁKI SPOŻYWANE POZA DOMEM	
3. INNE (PROSZĘ WYSZCZEGÓLNIĆ)	
4. CAŁKOWITA KWOTA ZA JEDZENIE (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-3)	
D. UTRZYMANIE DZIECI	
1. OPIEKA DZIENNA/NIANIA DLA .....DZIECI	
2. UBRANIA	
3. CZESNE ZA SZKOŁĘ NA .....DZIECI	
4. ALIMENTY PŁACONE NA DZIECI NIEMIESZKAJĄCE Z PANIĄ/PANEM	
5. INNE WYDATKI NA DZIECI (LISTA):	
6. CAŁKOWITA KWOTA NA UTRZYMANIE DZIECI (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-5)CAŁKOWITA KWOTA UTRZYMANIA DOMU/MIESZKANIA (PROSZĘ DODAĆ DO SIEBIE OBIE KWOTY)	
E. TRANSPORT	
1. OPŁATA ZA POJAZD LUB JEGO DZIERŻAWĘ	
2. UBEZPIECZENIE KOMUNIKACYJNE	
3. LICENCJA	
4. PALIWO I STANDARDOWE UTRZYMANIE	
5. PARKING	
6. INNE (PROSZĘ WYSZCZEGÓLNIĆ)	
7. CAŁKOWITA KWOTA ZA TRANSPORT (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-6)	

IV. INFORMACJE O MIESIĘCZNYCH WYDATKACH (CIĄG DALSZY)	
F. UBRANIA	
1. UBRANIA ROBOCZE	
2. INNE UBRANIA	
3. CAŁKOWITA KWOTA NA UBRANIA (PROSZĘ DODAĆ DO SIEBIE OBIE LINIE)	
G. OPIEKA ZDROWOTNA	
1. UBEZPIECZENIE MEDYCZNE I DENTYSTYCZNE	
2. OPIEKA MEDYCZNA, DENTYSTYCZNA, ORTODONTYCZNA I OKULISTYCZNA NIEOBJĘTA UBEZPIECZENIEM	
3. INNE NIEOBJĘTE UBEZPIECZENIEM WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ:	
4. CAŁKOWITA KWOTA NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-3)	
H. WYDATKI OSOBISTE	
1. WYGLĄD/FRYZURA	
2. EDUKACJA	
3. KSIĄŻKI, GAZETY I CZASOPISMA	
4. INNE (LISTA):	
5. CAŁKOWITA KWOTA NA WYDATKI OSOBISTE (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-4)	

I. INNE POWRACAJĄCE MIESIĘCZNIE WYDATKI I OPŁATY

KOMU PŁACONE	SALDO WIERZYTELNOŚCI	SALDO MIESIĘCZNE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11. CAŁKOWITA KWOTA NA INNE POWRACAJĄCE MIESIĘCZNIE WYDATKI I OPŁATY (PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z LINII 1-10)		

IV. INFORMACJE O MIESIĘCZNYCH WYDATKACH (CIĄG DALSZY)	
CAŁKOWITA KWOTA MIESIĘCZNYCH WYDATKÓW	
1. PROSZĘ PODAĆ SUMĘ Z WSZYSTKICH LINII "CAŁKOWITA KWOTA" W SEKCJI INFORMACJI O WYDATKACH MIESIĘCZNYCH OD A DO I	
2. PAŃSTWA UDZIAŁ W CAŁKOWITEJ KWOCIE WYDATKÓW MIESIĘCZNYCH PODANEJ POWYŻEJ W PUNKCIE 1. (KWOTA PODANA POWYŻEJ MINUS JAKAKOLWIEK KWOTA UDZIAŁU/WSPARCIA FINANSOWEGO OSOBY INNEJ NIŻ WSPÓŁMAŁŻONEK)	

V. OŚWIADCZENIE

Oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo obowiązującej w stanie Waszyngton, że informacje podane w powyższym formularzu są kompletne i wypełnione zgodnie z prawdą według wszystkich znanych mi danych. Zdaję sobie sprawę, że stan Waszyngton może zaskarżyć mnie o oszustwo ze względu na jakiekolwiek intencjonalne zafałszowanie lub przekręcenie danych. Rozumiem, że moje oświadczenia staną się przedmiotem weryfikacji dokonanej przez Departament Opieki Społecznej.

PODPIS	DATA