

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

**Declaración de pagos de manutención
Declaration of Support Payments**

Enumere la manutención para niños que recibió **directamente del padre sin custodia** desde _____ hasta _____ para los niños mencionados a continuación.

No incluya los pagos que recibió por parte de la División de Manutención para Niños. En la página 2 hay espacio para cinco años adicionales en caso fuese necesario. Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias.

AVISO: Usted debe completar la sección de Declaración en la página 2.

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE SIN CUSTODIA		NOMBRE DEL PADRE CON CUSTODIA			NÚMERO DE CASO
AÑO					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

AÑO					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

Declaración	
Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.	
Firmado en _____ Washington.	
FECHA	SU FIRMA

Envíe a:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520