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

የድጎማ ክፍያዎች መግለጫ
Declaration of Support Payments

የህፃን ድጎማ አንተ የተቀበልከው ዝርዝር ቀጥታ አሳዳጊ ከልሆነ ዋላጅ ከ _____ ለ _____ ለህፃን(ናት) ከታች ተዘረዘረ.

እያካትትም አንተ የተቀበልከው ክፍያውን የህፃናት እርዳታ ክፍፍል. ገፅ 2 አስፈላጊ ከሆነ አምስት አመት ተጨማሪ ጊዜ አለው. አስፈላጊ ከሆነ ተጨማሪ ገፆችን አያይዝ.

ማስታወቂያ: መግለጫውን ግዴታ ማሟላት አለብህ ክፍል 2 ላይ

አሳዳጊ ያልሆነ ዋላጅ ስም		አሳዳጊ ዋላጅ ስም		ጉዳይ ቁጥር	
ዓመት					
ጥር					
የካቲት					
መጋቢት					
መያዚያ					
ግንቦት					
ሰኔ					
ሐምሌ					
ነሃሴ					
መስከረም					
ጥቅምት					
ህዳር					
ታህሳስ					
አጣቃላይ					

ዓመት					
ጥር					
የካቲት					
መጋቢት					
መያዚያ					
ግንቦት					
ሰኔ					
ሐምሌ					
ነሃሴ					
መስከረም					
ጥቅምት					
ህዳር					
ታህሳስ					
አጣቃላይ					

መግለጫ	
በእኔ ሃላፊነት እኔ አወጅኩኝ, በዋሽንግተን ግዛት ህግ ስር መሰረት, ያለፈው እውነተኛ እና ትክክለኛ ነው.	
ተፈረመ በ _____, ዋሽንግተን.	
ቀን	የአንተ ፍርማ

መመለስ አስከ:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520