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

赡养费付款声明书
Declaration of Support Payments

请列出<<无监护权家长>>为下列儿童而<<直接>>向您支付的**从** _____至_____ 期间之儿童赡养费付款。

切勿包括您从儿童赡养处收到的赡养费付款。 第 2 页上有更多栏位，可用于填写另外 5 年的上述赡养费付款。 请视需要加页填写。

请注意：您必须填妥第 2 页上的声明部分。

无监护权家长之完整姓名		有监护权家长之姓名		个案号码	
年					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
总计					

年					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
总计					

声明	
本人特此声明，以上陈述属实且正确。若有不实之词，愿依照华盛顿州法律而接受伪证罪处罚。	
签名于华盛顿州_____。	
日期	您的签名

请寄送给：
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520