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

贍養費付款聲明書
Declaration of Support Payments

請列出無監護權家長為下列兒童而直接向您支付的從_____至_____期間之兒童贍養費付款。

切勿包括您從兒童贍養處收到的贍養費付款。 第 2 頁上有更多欄位，可用於填寫另外 5 年的上述贍養費付款。 請視需要加頁填寫。

通知：您必須填妥第 2 頁上的聲明部份。

無監護權家長之完整姓名		有監護權家長之姓名		個案號碼	
年份					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
總計					

年份					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
總計					

聲明	
本人特此聲明，以上陳述屬實且正確。若有不實之詞，願依照華盛頓州法律而接受偽證罪處罰。	
簽名於_____，華盛頓州。	
日期	您的簽名

回函請寄至：
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520