

## Заявка на принудительное взыскание для уплаты долга по алиментам родителем-опекуном

### Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

Дайте максимально полные ответы на каждый вопрос. За исключением своей подписи, заполните все ответы печатными буквами и пользуйтесь только синими или черными чернилами. Если вы не знаете ответа на вопрос, впишите в соответствующую графу «Не знаю» («UNK»). Если вам для ответов на вопросы требуется больше места, воспользуйтесь отдельным листом бумаги и прикрепите его к данному документу. Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) будет использовать номер социального обеспечения в целях обеспечения взыскания алиментов на содержание детей согласно положениям Раздела IV-D Закона о социальном обеспечении.

#### I. Ваши личные данные

1. ПОЛНОЕ ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО	2. ДАТА РОЖДЕНИЯ	3. ПОЛ	4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ВАМИ ИМЕНА И ФАМИЛИИ						
6. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ	7. РОСТ	8. ВЕС	9. ЦВЕТ ВОЛОС	10. ЦВЕТ ГЛАЗ		
11. Если вы хотите получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:						
12. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД		ШТАТ		СТРАНА		
13. Является ли вы членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?						
14. Проживаете ли вы на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?						
15. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
16. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ (Если почтовый адрес отличается от указанного выше)			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
17. ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )		18. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ( )		19. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ( )		
20. ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ: (указать даже, если нет в живых)		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ		
21. ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ И ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ:		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ		
22. АДРЕС МАТЕРИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
23. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА: (указать даже, если нет в живых)		ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО		
24. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ОТЦА: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ			ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
25. Являетесь ли вы военнослужащим запаса? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26–28. Если нет, перейдите к вопросу 29.						
26. РОД ВОЙСК		27. <input type="checkbox"/> РЕЗЕРВ <input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНАЯ ГВАРДИЯ		28. МЕСТО СЛУЖБЫ		
Укажите следующую информацию о ваших родственниках, друзьях либо местах, где Отдел по вопросам помощи детям (DCS) сможет с вами связаться:						
29. ИМЯ И ФАМИЛИЯ			30. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
31. НОМЕР ТЕЛЕФОНА			32. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ			
33. ИМЯ И ФАМИЛИЯ			34. ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ НОМЕР УЛИЦЫ:		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
35. НОМЕР ТЕЛЕФОНА			36. КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ			

**II. Информация о вашем месте работы и профсоюзе**

Для помощи Отделу DCS в обработке вашей заявки, приложите копии своих трех последних платежных квитанций или расчетных карт.

1. Являетесь ли вы самозанятым лицом?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 2–4. Если нет, перейдите к вопросу 5.

2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ

3.  ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ  
 КОРПОРАЦИЯ  ПАРТНЕРСТВО

4. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

5. МЕСТО РАБОТЫ

ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ  
 СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ

6. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ \_\_\_\_\_ 8. ВАШИ РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ \_\_\_\_\_ 9. ЧАСЫ ВАШЕЙ РАБОТЫ; \_\_\_\_\_

10.  РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ  РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПРИЯТИЕ, ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙЦАМ И РАСПОЛОЖЕННОЕ В РЕЗЕРВАЦИИ  
 РАБОТОДАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНАДЛЕЖАЩЕЕ ИНДЕЙСКОМУ ПЛЕМЕНИ ПРЕДПРИЯТИЕ  РАБОТОДАТЕЛЕМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕЙСКОЕ ПЛЕМЯ

11. Являетесь ли вы членом профсоюзной организации?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 12 - 14. Если нет, перейдите к Разделу III.

12. НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА \_\_\_\_\_ 13. МЕСТНЫЙ НОМЕР \_\_\_\_\_

14. АДРЕС КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**III. Сведения о вашем медицинском страховании**

1. Является ли медицинская страховка доступной для вас в рамках условий, предлагаемых вашим работодателем, профсоюзом или в рамках услуг медицинского обслуживания американских индейцев?  Нет  Да.  
Если да, ответьте на вопросы 2 - 7. Если нет, перейдите к вопросу 8.

2. НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ \_\_\_\_\_ 3. НОМЕР ПОЛИСА \_\_\_\_\_ 4. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА: \_\_\_\_\_

5. АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

6. ТИП ПОКРЫТИЯ:  ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  ДРУГОЕ (СПИСОК): \_\_\_\_\_

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ \_\_\_\_\_

8. У вас уже есть какая-либо медицинская страховка?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 9 - 14. Если нет, перейдите к вопросу 15.

9. НАИМЕНОВАНИЕ ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ \_\_\_\_\_ 10. НОМЕР ПОЛИСА \_\_\_\_\_ 11. НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА: \_\_\_\_\_

12. АДРЕС ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

13. ТИП ПОКРЫТИЯ:  ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ И СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
 ТОЛЬКО СТРАХОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  ДРУГОЕ (СПИСОК): \_\_\_\_\_

14. СРОК ДЕЙСТВИЯ \_\_\_\_\_

15. Обеспечивает ли данная страховка покрытие для кого-либо из детей, указанных в данном деле?  Нет  Да.  
Если да, ответьте на вопросы 16 и 17. Если нет, перейдите к Разделу IV.

16. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ КАЖДОГО РЕБЕНКА \$ \_\_\_\_\_ 17. ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПО СТРАХОВОМУ ПОКРЫТИЮ РЕБЕНКА \$ \_\_\_\_\_

**IV. Ваша финансовая информация**

1. ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ ОБЩАЯ СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТКОВ \$ \_\_\_\_\_ 2. ЧИСТЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ЗАРАБОТОК ИЛИ ДОХОД \$ \_\_\_\_\_ 3. ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД:  ЕЖЕНЕДЕЛЬНО  РАЗ В ДВА МЕСЯЦА  
 ЕЖЕМЕСЯЧНО  ДРУГОЕ: \_\_\_\_\_

4. НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА \_\_\_\_\_ 5. ФИЛИАЛ БАНКА \_\_\_\_\_

6. АДРЕС БАНКА: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**IV. Ваша финансовая информация (продолжение)**

7. Вы получаете пенсионные выплаты?  Нет  Да. Если да, укажите, из каких источников:

Если вы получаете военную пенсию, ответьте на вопросы 8 и 9. Если вы не получаете, перейдите к вопросу 10.

8. ВАШЕ ЗВАНИЕ В ЗАПАСЕ

9. РОД ВОЙСК

10. Имеете ли вы страховку от несчастных случаев на работе?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 11 и 12. Если нет, перейдите к вопросу 13.

11. КТО ВЫПЛАЧИВАЕТ ПОСОБИЯ?

12. НОМЕР ИСКА

13. Получаете ли вы еще какой-либо доход помимо заработной платы?  Нет  Да. Если да, укажите источник.

14. Есть ли у вас имущество?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 15 и 16. Если нет, перейдите к Разделу V.

15. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ИМУЩЕСТВА

16. ВИД ИМУЩЕСТВА (НЕДВИЖИМОСТЬ, ЛОДКА, МАШИНА И Т.Д..)

**V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка**

Приложите копии всех официальных подтверждений вашего отцовства, судебные распоряжения, административные распоряжения, а также письменные соглашения о выплате алиментов на ребенка.

1. Состояли ли вы в браке с родителями ваших детей?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 10.

2. ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА

3. МЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ БРАКА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

4. Вы в настоящее время состоите в разводе со вторым родителем вашего ребенка?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 5 и 6. Если нет, перейдите к вопросу 7.

5. ДАТА РАЗВОДА

6. МЕСТО РАЗВОДА: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

7. Вы в настоящее время проживаете отдельно (не состоите в разводе) со вторым родителем вашего ребенка?  Нет  Да.

Если да, ответьте на вопросы 8 и 9. Если нет, перейдите к вопросу 10.

8. ДАТА НАЧАЛА  
РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ

9. МЕСТО НАЧАЛА РАЗДЕЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

10. Если вы никогда не состояли в браке со вторым родителем вашего ребенка, требует ли суд штата или племени указывать имя отца ребенка?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 11 – 13. Если нет, перейдите к вопросу 14.

11. ДАТА ВЫНЕСЕНИЯ  
РАСПОРЯЖЕНИЯ:

12. МЕСТО ВЫНЕСЕНИЯ РАСПОРЯЖЕНИЯ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

13. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА:

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ОТЧЕСТВО

14. Вы поставили подпись в Свидетельстве об отцовстве?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 15 – 16. Если нет, перейдите к вопросу 17.

15. ДАТА ПОДПИСИ

16. МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ: ГОРОД ОКРУГ ШТАТ СТРАНА

17. НАЗВАНИЕ ШТАТА ИЛИ РЕЗЕРВАЦИИ ПЛЕМЕНИ, ГДЕ БЫЛИ ЗАЧАТЫ ДЕТИ

18. У вас есть какие-либо другие распоряжения о выплате алиментов?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 19 - 21. Если нет, перейдите к вопросу 22.

19. ДАТА ПРИНЯТИЯ  
РЕШЕНИЯ

20. НОМЕР ДЕЛА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)

21. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ СТРАНА

22. Выплачиваете ли вы пособие на содержание супруги (алименты)?  Нет  Да. Если да, ответьте на вопросы 23 и 24. Если нет, перейдите к вопросу 25.

23. ДАТА ВЫПЛАТЫ

24. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА (ЛИЦ), КОТОРЫЕ ПРОИЗВОДЯТ ВЫПЛАТЫ

<b>V. Информация о вашем браке, отцовстве и распоряжении о выплате алиментов на содержание ребенка (продолжение)</b>			
25. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 26 и 27. Если нет, перейдите к вопросу 28.			
26. ДАТА ВЫПЛАТЫ		27. НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА	
28. Вы когда-либо выплачивали алименты на содержание ребенка при посредстве другого штата или отдела племени по вопросам помощи детям? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 29 и 30. Если нет, перейдите к вопросу 31.			
29. ДАТА ВЫПЛАТЫ		30. МЕСТО ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ: ОКРУГ ШТАТ ИЛИ ПЛЕМЯ	
31. Опишите все устные и письменные соглашения, которые вы заключили со вторым родителем и которые могут влиять на размер пособия по содержанию ребенка.			
<hr/> <hr/> <hr/>			
<b>VI. Личные данные второго родителя</b>			
Данный раздел предназначен для информации о втором родителе ребенка, упомянутого в данной заявке.			
1. ПОЛНОЕ ИМЯ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ		2. ДАТА РОЖДЕНИЯ	3. ПОЛ
4. НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ			
5. ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ			
6. Если второй родитель предпочитает получать корреспонденцию на языке, отличном от английского, укажите этот язык:			
7. МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ГОРОД		ШТАТ	СТРАНА
8. Является ли второй родитель членом индейского племени? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какого именно?			
9. Проживает ли второй родитель на территории резервации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, то какой именно?			
10. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
11. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ (Если почтовый адрес отличается от указанного выше)		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
12. НОМЕР ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )	13. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ( )	14. РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ( )	
<b>VII. Информация о трудоустройстве и заработной плате второго родителя</b>			
1. Является ли второй родитель самозанятым лицом? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если да, ответьте на вопросы 2 – 4. Если нет, перейдите к вопросу 5.			
2. НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ		3. <input type="checkbox"/> ЕДИНОЛИЧНЫЙ ВЛАДЕЛЕЦ <input type="checkbox"/> КОРПОРАЦИЯ <input type="checkbox"/> ПАРТНЕРСТВО	
4. АДРЕС КОМПАНИИ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
5. МЕСТО РАБОТЫ		6. <input type="checkbox"/> ПОСТОЯННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ <input type="checkbox"/> СЕЗОННЫЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	
7. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ: ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК ИЛИ № УЛИЦЫ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
8. НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	9. РАБОЧИЕ ДНИ В ТЕЧЕНИИ НЕДЕЛИ	10. ЧАСЫ РАБОТЫ;	



**IX. Пособие на содержание, выплачиваемое вами детям, указанным в данной форме**

Укажите все ваши платежи на содержание ваших детей, указанных в данном деле, в течении последних десяти лет. Отдел DCS может попросить вас предоставить доказательства совершения данных платежей.

Год/месяц					
Январь					
Февраль					
Март					
Апрель					
Май					
Июнь					
Июль					
Август					
Сентябрь					
Октябрь					
Ноябрь					
Декабрь					
Итого					

Год/месяц					
Январь					
Февраль					
Март					
Апрель					
Май					
Июнь					
Июль					
Август					
Сентябрь					
Октябрь					
Ноябрь					
Декабрь					
Итого					

## X. Удостоверение

Если вы хотите, чтоб Отдел DCS взыскал со второго родителя алименты для покрытия медицинских услуг, выберите меру взыскания:

- Я хочу, чтобы Отдел DCS потребовал от второго родителя обеспечить медицинское страховое покрытие для детей либо оплатить часть расходов по взносам, за которые я несу ответственность, в размере, указанном в распоряжении.
- Я хочу, чтобы отдел DCS взыскал со второго родителя долю непокрытых страховкой медицинских расходов (включая совместные платежи, франшизы и страховые взносы, согласно определению WAC 388-14A-1020), понесенных мной в интересах детей.

Я обращаюсь за полным набором услуг по обеспечению выплаты алиментов. Я понимаю, что Отдел DCS принимает меры, направленные на взыскание долга по алиментам на содержание ребёнка, не запрещенного законом об ограничениях срока давности. Я знаю, что данный запрос внесёт постановление о выплате пособий по содержанию моих детей в Реестр регистрации пособий штата Вашингтон (WSSR). Я понимаю, что предоставленная мной информация может быть использована штатом Вашингтон для предъявления требования о взыскании, принудительного взыскания либо изменения размера алиментов на содержание моего ребенка.

Я даю согласие на предоставление DCS информации в случае перемены моего адреса либо места работы, а также информации, связанной с другими событиями в моей жизни, которые могут повлиять на размер моего детского пособия.

Я даю согласие на отправку всех платежей на адрес Отдела DCS. Я понимаю, что DCS засчитывает только те платежи, которые перечислены в WSSR, суд штата или отдел по вопросам помощи детям какого-либо штата, либо суд или отдел по вопросам помощи детям племени, или отдел по вопросам помощи детям в соответствии с моими обязательствами в рамках выплаты алиментов на содержание моего ребенка. Я понимаю, что отделом DCS не будет засчитан платеж, направленный непосредственно родителю-опекуну.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что:

1. Вся информация, изложенная в данной форме, является правдивой и корректной.
2. Я не получаю и не запрашиваю предоставления услуг по обеспечению контроля за получением пособий на содержание ребенка в другом штате.

ДАТА	ПОДПИСЬ
------	---------

Отправьте эту заполненную форму в:      DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом/ слуховым аппаратом (TTY/TDD).  
Посетите наш вебсайт по адресу: [www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.