

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

بيان الموارد والمصروفات
Statement of Resources and Expenses

اسم الوالد الوصي	اسم الوالد غير الوصي	رقم الحالة
------------------	----------------------	------------

(فيما عدا التوقيع الخاص بك، يرجى طباعة جميع الردود. استخدم الحبر الأزرق أو الأسود فقط)

ملاحظة: يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لفرع دعم وإعالة الطفل (DCS). سوف يستخدم فرع دعم وإعالة الطفل (DCS) رقم خدمات إنفاذ دعم وإعالة الطفل حسب التعريف الوارد في عنوان IV-D من قانون الضمان الاجتماعي.

I. البيانات الشخصية		
الاسم بالكامل	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
رقم هاتف المنزل	رقم هاتف العمل	رقم التليفون الخليوي/ الرسائل.
عنوان المنزل أو عنوان الصندوق البريدي:	الحالة الاجتماعية الحالية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل	
اسم المدينة الولاية كود الرمز البريدي	اسم الزوج/الزوجة /البالغين الآخرين في المنزل.	
محل الزواج(المدينة/ المقاطعة /الولاية)	تاريخ الزواج	
عدد الأطفال الذين يعيشون في المنزل الخاص بك	عدد البالغين الذين يعيشون في المنزل الخاص بك	عنوان البريد الإلكتروني
II. بيانات العمل		
أ. بيانات العمل الخاص بك.		
المهنة:	حالة العمل الحالية <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> بدون عمل <input type="checkbox"/> ذو مهنة حرة	
اسم صاحب العمل	رقم تليفون صاحب العمل	
عنوان صاحب العمل أو عنوان الصندوق البريدي	المدينة	الولاية كود الرمز البريدي
اسم النقابة	عنوان النقابة أو عنوان الصندوق البريدي	

II بيانات العمل (تابع)**ب. بيانات العمل الحر الخاص بك.**

ملاحظة: قم بإرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية على الأعمال كدليل على الدخل والمصروفات.

اسم المؤسسة/العمل الحر	عنوان المؤسسة/النشاط أو عنوان الصندوق البريدي
نوع المؤسسة/النشاط ملكية فردية <input type="checkbox"/> شراكة <input type="checkbox"/> شركة مساهمة <input type="checkbox"/>	الرقم الضريبي التعريفي للمؤسسة/العمل الحر
الحسابات المصرفية للمؤسسة/النشاط موجودة في	
إجمالي الدخل السنوي للمؤسسة/العمل الحر \$	صافي الدخل السنوي للمؤسسة/العمل الحر \$

ج. بيانات عمل أعضاء الأسرة الزوجة/الزوج الحالي/البالغين الآخرين

رقم الضمان الاجتماعي	المهنة	اسم صاحب العمل
عنوان صاحب العمل أو عنوان الصندوق البريدي	المدينة	الولاية
كود الرمز البريدي	نقابة الانتماء	

د. بيانات الأعمال الحرة لأعضاء الأسرة الزوج الحالي/البالغين الآخرين

ملاحظة: قم بإرفاق نسخة من آخر إقرار ضريبة الدخل الفيدرالية على الأعمال كدليل على الدخل والمصروفات.

اسم المؤسسة/العمل الحر	عنوان المؤسسة/العمل الحر أو عنوان الصندوق البريدي
نوع المؤسسة/العمل الحر ملكية فردية <input type="checkbox"/> شراكة <input type="checkbox"/> شركة مساهمة <input type="checkbox"/>	الرقم التعريفي لضريبة المؤسسة/العمل الحر
الحسابات المصرفية للمؤسسة/العمل الحر موجودة في	
إجمالي الدخل السنوي للمؤسسة/النشاط \$	صافي الدخل السنوي للمؤسسة/النشاط \$

هـ. التأمين الطبي/طب الأسنان على الأفراد المعالين

اسم وعنوان شركة التأمين الطبي	طبي: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم وعنوان شركة التأمين الطبي	طب الأسنان: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
اسم حامل بوليصة التأمين الطبي:	اسم حامل بوليصة تأمين طب الأسنان:

III بيانات الدخل والأصول

المصادر. جميع من الشهر السابق دخل. أ

الراتب الخاص بك \$	إيرادات العمل \$	دخل الزوج/الزوجة \$	دخل الأفراد البالغين الآخرين في الأسرة \$
مصادر دخل أخرى \$	إجمالي الدخل الكلي \$	صافي الدخل الكلي \$	

III. بيانات الدخل والأصول (تابع)

ب إجمالي دخل الاثني عشر شهر السابقة من جميع المصادر.

الشهر	إجمالي الدخل الخاص بي.	إجمالي الدخل الزوج/الزوجة/البالغين الأخرين في الأسرة.	مصدر الدخل (اسم صاحب العمل، الخ).
يناير	\$	\$	
فبراير	\$	\$	
مارس	\$	\$	
أبريل	\$	\$	
مايو	\$	\$	
يونيو	\$	\$	
يوليو	\$	\$	
أغسطس	\$	\$	
سبتمبر	\$	\$	
أكتوبر	\$	\$	
نوفمبر	\$	\$	
ديسمبر	\$	\$	

ج. سندات الادخار

نوع سند الادخار	القيمة الاسمية	نوع سند الادخار	القيمة الاسمية
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

د. الحسابات البنكية الشخصية.

نوع الحساب	اسم وموقع البنك	رقم الحساب	الرصيد في نهاية الشهر الماضي
جاري			\$
ادخار			\$
اتحاد ائتماني			\$
أخرى			\$

ه. الأسهم والسندات

الوصف	عدد الأسهم	القيمة الاسمية
		\$
		\$
		\$

III بيانات الدخل والأصول (تابع)

و. العقارات (المملوكة أو المشتريات بما في ذلك المنزل)

العنوان أو الوصف القانوني	سنة الحصول عليه	حيازة الأوراق المالية باسم

ز. الممتلكات الشخصية (المملوكة أو المشتريات)

نوع الممتلكات	موديل	عام	رقم الرخصة والوصف	ملكية العقد باسم	المبلغ المستحق
سيارة					\$
سيارة					\$
قارب / موتور					\$
قارب / موتور					\$
عربة سكن متنقلة					\$
أخرى					\$
أخرى					\$
أخرى					\$
أخرى					\$
أخرى					\$
أخرى					\$
أخرى					\$

ح. خزينة حفظ الودائع.

وصف المحتوى.	موقع الخزينة

ط. بوليصة التأمين على الحياة.

اسم وعنوان شركة التأمين	القيمة النقدية.

ي. حسابات التقاعد

نوع الحساب	اسم وموقع المؤسسة القابضة	رقم الحساب	الرصيد في نهاية الشهر الماضي
حساب التقاعد الفردي			\$
حساب التقاعد الفردي			\$
أخرى			\$

IV. تسجيل المصروفات الشهرية

أ. الإسكان

\$	الإيجار أو النفقات على المنزل
\$	الضرائب والتأمين (إن لم تكن مشمولة ما تم دفعه أعلاه)
\$	إجمالي الإسكان الشهري (جمع السطرين أعلاه)

ب. المرافق

\$	التدفئة (الغاز والنفط)
\$	الكهرباء
\$	المياه، والصرف الصحي والنفقات
\$	التليفون
\$	أخرى (حدد)
\$	إجمالي المرافق الشهرية (جمع الأسطر الخمسة أعلاه)

ج. الطعام

\$	طعام لعدد _____ أفراد.
\$	الوجبات التي يتم تناولها خارج منزلي.
\$	أخرى (حدد)
\$	إجمالي تكلفة الطعام الشهرية (جمع الأسطر الثلاثة أعلاه)

د. رعاية الطفل

\$	الرعاية النهارية /مجالسة الأطفال لعدد _____ طفل.
\$	الملابس
\$	الرسوم الدراسية لعدد _____ طفل.
\$	مدفوعات دعم وإعالة الأطفال المخصصة للأطفال الذين لا يعيشون معي
\$	مصروفات أخرى مرتبطة بالطفل (قم بإدراجها)
\$	إجمالي المصروفات الشهرية رعاية الطفل (إضافة الأسطر الخمسة أعلاه):

هـ. وسائل الانتقال.

\$	مدفوعات أو إيجار سيارة
\$	التأمين
\$	الرخصة
\$	الوقود والصيانة الدورية
\$	موقف السيارات
\$	أخرى (حدد)
\$	إجمالي تكلفة وسائل الانتقال الشهرية (جمع ستة أسطر أعلاه):

IV تسجيل المصروفات الشهرية (تابع)			
و. الملابس.			
\$		ملابس العمل.	
\$		ملابس أخرى.	
\$		إجمالي تكلفة وسائل الانتقال الشهرية (جمع ستة أسطر أعلاه):	
ز. الرعاية الصحية			
\$		أقساط التأمين الطبية وطب الأسنان.	
\$		العناية بالعيون غير المؤمنة عليهم و تقويم الأسنان، وطب الأسنان، الرعاية الطبية	
\$		نفقات الرعاية الصحية غير المؤمنة عليهم الأخرى (قم بإدراجها):	
\$		إجمالي المصروفات الشهرية لرعاية الصحية (جمع الأسطر الثلاثة المذكورة أعلاه)	
ح. المصروفات الشخصية			
\$		العناية بالشعر/العناية الشخصية.	
\$		التعلم والإطلاع	
\$		الكتب، والصحف والمجلات	
\$		أخرى (قم بإدراجها):	
\$		إجمالي المصروفات الشخصية الشهرية (جمع الأسطر الأربعة المذكورة أعلاه)	
ط. المصروفات الشهرية المتكررة الأخرى والمدفوعات.			
	الرصيد الشهري	رصيد الدين	مصروفات مدفوعة إلى :
\$		\$	1
\$		\$	2
\$		\$	3
\$		\$	4
\$		\$	5
\$		\$	6
\$		\$	7
\$		\$	8
\$		\$	9
\$		\$	10
\$		\$	11 إجمالي المصروفات والمدفوعات الشهرية المتكررة الأخرى (جمع 10-1)

١٧ . تسجيل المصروفات الشهرية (تابع)**ي. إجمالي المصروفات الشهرية.**

\$	جمع كافة إجمالي المصروفات الشهرية في البنود (أ- ط)
\$	الحصة الخاصة بي من إجمالي المصروفات الشهرية من السطر أعلاه (الكمية من السطر أعلاه مع خصم أية مساهمات/ مساعدة من أي شخص آخر غير زوجي/ زوجتي)
٧ . إقرار	
أقر أنا بأن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج حقيقية، و صحيحة وكاملة إلى حد علمي بموجب عقوبة الحنث باليمين وفقا لقوانين ولاية واشنطن، كما انني أفهم أنه يجوز لولاية واشنطن مقاضاتي بتهمة الاحتيال عن أي بيان كاذب عن قصد أو تحريف وأن البيانات التي أدليت بها خاضعة للتحقق من قبل قسم الخدمات الاجتماعية والصحة.	
التوقيع:	التاريخ :