

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



گزارش منابع و مصارف  
Statement of Resources and Expenses

نام والدین حضانتی	نام والدین غیر حضانتی	شماره پرونده
-------------------	-----------------------	--------------

(غیر از امضا، مابقی پاسخ‌های خود را به صورت چاپی وارد نمایید. فقط از جوهر آبی یا مشکی استفاده کنید.)

توجه: شما باید شماره تأمین اجتماعی خود را به واحد حمایت از کودکان (DCS) ارائه دهید. واحد DCS طبق تعریف عنوان IV-D از «قانون تأمین اجتماعی» از این شماره برای خدمات اجرایی حمایت از کودکان استفاده خواهد کرد.

1. اطلاعات شخصی شما		
نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی
شماره تلفن منزل	شماره تلفن محل کار	شماره تلفن پیام‌نگاری / همراه
خیابان محل سکونت یا نشانی صندوق پستی	وضعیت فعلی تاهل <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> جدا از هم	
شهر محل سکونت	ایالت	نام همسر / سایر افراد بزرگسال حاضر در خانواده
محل ازدواج (شهر / شهرستان / ایالت)	تاریخ ازدواج	
تعداد کودکانی که در خانه من زندگی می‌کنند	تعداد افراد بزرگسال که در خانه من زندگی می‌کنند	آدرس ایمیل
2. اطلاعات شغلی		
الف. اطلاعات شغلی شما		
شغل	وضعیت فعلی استخدام <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> شغل آزاد	
نام کارفرما	شماره تلفن کارفرما	
نشانی خیابان محل سکونت و صندوق پستی کارفرما	شهر	ایالت    زیپ‌کد
نام اتحادیه	نشانی خیابان محل سکونت و صندوق پستی اتحادیه    شهر    ایالت    زیپ‌کد	

2. اطلاعات شغلی (ادامه)			
الف. اطلاعات خوداشتغالی شما			
توجه: رونوشتی از آخرین گزارش مالیات بر درآمد خود را به عنوان مدرک اثبات درآمد و مخارج ضمیمه کنید.			
نام کسب و کار	نشانی خیابان محل سکونت و صندوق پستی محل کسب و کار شهر ایالت زیپکد		
نوع کسب و کار	شماره شناسه مالیاتی کسب و کار		
<input type="checkbox"/> شرکت <input type="checkbox"/> تضامنی <input type="checkbox"/> مالکیت خصوصی			
حساب‌های بانکی مربوط به کسب و کار واقع در			
درآمد ناخالص از کسب و کار در هر سال دلار	درآمد خالص از کسب و کار در هر سال دلار		
ج. اطلاعات شغلی همسر فعلی / سایر افراد بزرگسال حاضر در خانواده			
شماره تأمین اجتماعی	شغل	نام کارفرما	
نشانی خیابان محل سکونت و صندوق پستی کارفرما	شهر	ایالت	زیپکد
وابستگی به اتحادیه			
د. اطلاعات خوداشتغالی همسر فعلی / سایر افراد بزرگسال حاضر در خانواده			
توجه: رونوشتی از آخرین گزارش مالیات بر درآمد همسران را به عنوان مدرک اثبات درآمد و مخارج ضمیمه کنید.			
نام کسب و کار	نشانی خیابان محل سکونت و صندوق پستی محل کسب و کار شهر ایالت زیپکد		
نوع کسب و کار	شماره شناسه مالیاتی کسب و کار		
<input type="checkbox"/> شرکت <input type="checkbox"/> تضامنی <input type="checkbox"/> مالکیت خصوصی			
حساب‌های بانکی مربوط به کسب و کار واقع در			
درآمد ناخالص از کسب و کار در هر سال دلار	درآمد خالص از کسب و کار در هر سال دلار		
ه. بیمه درمانی / دندانپزشکی برای افراد تحت تکفل			
پزشکی	نام و نشانی شرکت بیمه درمانی		
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
دندانپزشکی	نام و نشانی شرکت بیمه دندانپزشکی		
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
نام دارنده بیمه‌نامه درمانی	نام دارنده بیمه‌نامه دندانپزشکی		
3. اطلاعات مربوط به درآمد و دارایی			
الف. درآمد حاصل از همه منابع برای ماه قبل			
حقوق من دلار	درآمد از کسب و کار دلار	درآمد همسر دلار	درآمد سایر افراد بزرگسال حاضر در خانواده من دلار
سایر درآمدها دلار	مجموع درآمد ناخالص دلار	مجموع درآمد خالص دلار	

**3. اطلاعات مربوط به درآمد و دارایی (ادامه)**

**ب. درآمد ناخالص همه منابع برای 12 ماه قبل**

ماه	خالص من	خالص همسر / سایر افراد بزرگسال	منبع درآمد (نام کارفرما، غیره)
ژانویه	دلار	دلار	
فوریه	دلار	دلار	
مارس	دلار	دلار	
آوریل	دلار	دلار	
مه	دلار	دلار	
ژوئن	دلار	دلار	
جولای	دلار	دلار	
اگوست	دلار	دلار	
سپتامبر	دلار	دلار	
اکتبر	دلار	دلار	
نوامبر	دلار	دلار	
دسامبر	دلار	دلار	

**ج. اوراق قرضه پس انداز**

نوع اوراق قرضه پس انداز	ارزش اسمی	نوع اوراق قرضه پس انداز	ارزش اسمی
	دلار		دلار
	دلار		دلار
	دلار		دلار
	دلار		دلار

**د. حساب های بانکی شخصی**

نوع حساب	نام بانک و محل آن	شماره حساب	موجودی در پایان ماه گذشته
جاری			دلار
پس انداز			دلار
اتحادیه اعتباری			دلار
سایر			دلار

**ه. سهام و اوراق قرضه**

توضیحات	تعداد سهم	ارزش اسمی
		دلار
		دلار
		دلار

3. اطلاعات مربوط به درآمد و دارایی (ادامه)					
و. املاک و مستغلات (تحت مالکیت یا با خرید اعم از خانه)					
اوراق متعلق به		سال کسب	نشانی و شرح قانونی		
ز. اموال شخصی (تحت مالکیت یا با خرید)					
مقدار تملیک	قرارداد متعلق به	شماره پروانه و شرح	سال	ساخت	نوع اموال
دلار					خودکار
دلار					خودکار
دلار					قایق / موتور
دلار					قایق / موتور
دلار					ماشین کاروان / آر وی
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
دلار					سایر
ح. صندوق امانت بانکی					
ارزش کل		شرح محتوا	محل صندوق		
دلار					
دلار					
ط. بیمه نامه عمر					
ارزش نقدی		نام و نشانی شرکت بیمه			
دلار					
دلار					
حساب های بازنشستگی					
موجودی در پایان ماه گذشته		شماره حساب	نام و محل مؤسسه مرکزی		نوع حساب
دلار					حساب بازنشستگی
دلار					حساب بازنشستگی
دلار					سایر

4. اطلاعات مربوط به مخارج ماهیانه	
الف. هزینه مسکن	
دلار	اجاره یا پرداخت مربوط مسکن
دلار	مالیات و بیمه (اگر مشمول پرداخت فوق نباشد)
دلار	کل هزینه پرداختی ماهیانه برای مسکن (مجموع دو سطر فوق)
ب. هزینه خدمات عام‌المنفعه	
دلار	گرمایشی (نفت و گاز)
دلار	برق
دلار	آب، فاضلاب، زباله
دلار	تلفن
دلار	سایر (مشخص کنید)
دلار	کل هزینه ماهیانه برای خدمات عام‌المنفعه (مجموع پنج سطر فوق)
ج. خوراک	
دلار	هزینه خوراک برای _____ نفر
دلار	و عده‌هایی که بیرون از خانه من صرف می‌شوند
دلار	سایر (مشخص کنید)
دلار	کل هزینه ماهیانه برای خوراک (مجموع سه سطر فوق)
د. مراقبت از کودک	
دلار	هزینه مراقبت روزانه / بچه‌داری برای _____ کودک
دلار	پوشاک
دلار	شهریه مدرسه برای _____ کودک
دلار	هزینه‌های پرداختی برای حمایت از کودکانی که با من زندگی نمی‌کنند
دلار	سایر مخارج مربوط به کودک (فهرست کنید):
دلار	کل هزینه ماهیانه برای مخارج مربوط به کودک (مجموع پنج سطر فوق)
ه. حمل و نقل	
دلار	هزینه پرداختی یا کرایه اتومبیل
دلار	بیمه
دلار	گواهینامه
دلار	هزینه سوخت و تعمیر و نگهداری روزمره
دلار	پارکینگ
دلار	سایر (مشخص کنید)
دلار	کل هزینه ماهیانه برای حمل و نقل (مجموع شش سطر فوق)

4. اطلاعات مربوط به مخارج ماهیانه (ادامه)		
و. پوشاک		
دلار		لباس کار
دلار		سایر پوشاک
دلار		کل هزینه پرداختی ماهیانه برای پوشاک (مجموع دو سطر فوق)
ز. مراقبت‌های بهداشتی		
دلار		حق بیمه درمان و دندانپزشکی
دلار		هزینه مراقبت‌های پزشکی، دندانپزشکی، ارتودنسی، و چشم پزشکی به‌صورت آزاد
دلار		سایر مخارج مربوط به مراقبت‌های بهداشتی (فهرست کنید):
دلار		کل هزینه ماهیانه برای مراقبت‌های بهداشتی (مجموع سه سطر فوق)
ح. هزینه‌های شخصی		
دلار		هزینه مراقبت از مو / مراقبت‌های شخصی
دلار		آموزش
دلار		کتاب، روزنامه، و مجله
دلار		سایر (فهرست کنید):
دلار		5. کل هزینه‌های شخصی ماهیانه (مجموع چهار سطر فوق)
ط. سایر مخارج و پرداختی‌های مستمر ماهیانه		
مانده ماهانه	مانده بدهی	پرداختی به
دلار	دلار	1.
دلار	دلار	2.
دلار	دلار	3.
دلار	دلار	4.
دلار	دلار	5.
دلار	دلار	6.
دلار	دلار	7.
دلار	دلار	8.
دلار	دلار	9.
دلار	دلار	01.
دلار	دلار	11. کل سایر مخارج و پرداختی‌های مستمر ماهیانه (مجموع 1 - 01 فوق)

**4. اطلاعات مربوط به مخارج ماهیانه (ادامه)****ی. کل مخارج ماهیانه**

دلار	مجموع کل سطرهای بخش الف - ط از «اطلاعات مربوط به مخارج ماهیانه»
دلار	سهم من از کل مخارج ماهیانه قید شده در سطر فوق (مبلغ قید شده در سطر فوق منهای هرگونه کمک مالی / مساعدت از هر شخصی به غیر از همسر)

**5. بیانیه**

اینجانب با اطلاع از مجازات شهادت دروغ بنابر قوانین ایالت واشنگتن، اعلام می‌کنم اطلاعاتی که در این فرم ارائه کرده‌ام تا آنجا که می‌دانم واقعی، صحیح و کامل می‌باشد. اینجانب به این موضوع آگاهی دارم که ایالت واشنگتن می‌تواند به خاطر تقلب یا هر گونه اظهار نظر کذب یا قلب واقعیت به‌طور عمد مرا تحت تعقیب قرار دهد. همچنین به این موضوع واقفم که صحت اظهارت اینجانب مشروط به تأیید «وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی» است.

امضا	تاریخ
------	-------