



## Signature

Je suis conscient(e) que l'État de Washington ne m'autorise pas à divulguer les informations demandées à la page 1 à toute personne, sauf dans la mesure nécessaire pour entreprendre les mesures juridiques pour lesquelles je les ai demandées.

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
MA SIGNATURE OU LA SIGNATURE DE MON AVOCAT(E)

---

## Certification par notaire

État de \_\_\_\_\_

Comté de \_\_\_\_\_

Signé ou certifié devant moi le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
TITRE

Ma nomination expire le \_\_\_\_\_.

Envoyez le formulaire rempli à :  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Au sein de la zone d'appel d'Olympia (360) 664-5000  
En dehors de la zone d'appel d'Olympia (800) 457-6202  
Fax : 866-668-9518

Des services de téléphonie texte (TTY/TDD) sont disponibles pour les personnes souffrant de troubles de la parole ou de l'audition.

Consultez notre site Web à l'adresse [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

Veuillez indiquer les numéros de dossier dans votre réponse :

Aucune personne ne subira de discrimination en matière d'emploi, de services ou pour tout aspect des activités du programme, en raison de sa race, de sa couleur de peau, de son origine nationale, de ses croyances, de sa religion, de son sexe, de son âge ou de son handicap. Le présent formulaire est disponible dans d'autres formats sur demande.