

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

የድጋፍ ክፍያዎች ማሳወቂያ
Declaration of Support Payments

ከስር ለተገለጸው ህጻን ከ _____ እስከ _____ አሳዳጊ ካልሆነው ወላጅ በቀጥታ የተቀበሉትን የህጻን ድጋፍ ይግለጹ።

ከህጻን ድጋፍ መምሪያ የተቀበሉትን ክፍያ አያካትቱ። አስፈላጊ ከሆነ፣ ገጽ 2 ላይ ለአምስት ተጨማሪ አመታት ቦታ አለ። ካስፈለገ ተጨማሪ ገጾች ያያይዙ።
ማስታወቂያ፡ ገጽ 2 ላይ የሚገኘውን የማሳወቂያ ክፍል ይሙሉ።

አሳዳጊ ያልሆነው ወላጅ ሙሉ ስም		አሳዳጊ የሆነው ወላጅ ሙሉ ስም		የጉዳይ ቁጥር	
አመት					
ጃንዋሪ					
ፌብሩዋሪ					
ማርች					
አፕሪል					
ሜይ					
ጁን					
ጁላይ					
ኦገስት					
ሴፕቴምበር					
ኦክቶበር					
ኖቬምበር					
ዲሴምበር					
አጠቃላይ					

አመት					
ጁንዋሪ					
ፌብሩዋሪ					
ማርች					
አፕሪል					
ሜይ					
ጁን					
ጁላይ					
አገስት					
ሴፕቴምበር					
ኦክቶበር					
ኖቬምበር					
ዲሴምበር					
አጠቃላይ					

ማሳወቂያ	
ከላይ የተገለጸው እውነት እና ትክክል መሆኑን በቅድመ-ጥያቄ ቅጣት እና በ Washington ግዛት ህግ መሰረት አረጋግጣለሁ።	
በ _____ ፣ Washington ተፈረመ።	
ቀን	የእርስዎ ፊርማ

ለሚከተለው ይመልሱ:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520