

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

**សេចក្តីប្រកាសអះអាងអំពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភ**  
**Declaration of Support Payments**

ចូររាយឈ្មោះប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលអ្នកបានទទួលដោយផ្ទាល់ពីឪពុកឬម្តាយមិនអ្នកឃុំគ្រងកូន ចាប់ពី \_\_\_\_\_ ទៅដល់ \_\_\_\_\_  
សម្រាប់បណ្តាកូនៗដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះ។

ចូរកុំដាក់បញ្ចូលប្រាក់នានាដែលអ្នកបានទទួលពីនាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភកុមារ (Division of Child Support)។ ទំព័រទី 2 មានប្រលោះសម្រាប់ដាក់បញ្ចូល  
ប្រាក់ចំនួនប្រាំបីប្រាំបួនមឺន ប្រសិនបើចាំបាច់។ បើនៅតែមិនគ្រប់គ្រាន់, នោះចូរបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសទៅតម្រូវការជាចាំបាច់។

**សូមកត់សម្គាល់ ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកនៃសេចក្តីប្រកាសអះអាង (Declaration Section) នៅលើទំព័រទី 2 ជាក់ហិត។**

ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុកឬម្តាយមិនអ្នកឃុំគ្រង		ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុកឬម្តាយអ្នកឃុំគ្រង		លេខសំណុំរឿង	
ឆ្នាំ					
ខែមករា					
ខែកុម្ភៈ					
ខែមីនា					
ខែមេសា					
ខែឧសភា					
ខែមិថុនា					
ខែកក្កដា					
ខែសីហា					
ខែកញ្ញា					
ខែតុលា					
ខែវិច្ឆិកា					
ខែធ្នូ					
សរុប					

ឆ្នាំ					
ខែមករា					
ខែកុម្ភៈ					
ខែមីនា					
ខែមេសា					
ខែឧសភា					
ខែមិថុនា					
ខែកក្កដា					
ខែសីហា					
ខែកញ្ញា					
ខែតុលា					
ខែវិច្ឆិកា					
ខែធ្នូ					
សរុប					

**សេចក្តីប្រកាសអះអាង**

ខ្ញុំសូមប្រកាសអះអាងក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្របចំពាន, ក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន, ថា អ្វីៗដែលបានពេញក្នុងនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។

បានចុះហត្ថលេខានៅ \_\_\_\_\_, រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់អ្នក

ជេដាវីតឡូប៊ុន  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 PO BOX 11520  
 TACOMA WA 98411-5520