

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

**赡养费付款声明书**  
**Declaration of Support Payments**

请列出<<无监护权家长>>为下列儿童而<<直接>>向您支付的从 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 期间之儿童赡养费付款。

切勿包括您从儿童赡养处收到的赡养费付款。第 2 页上有更多栏位，可用于填写另外 5 年的上述赡养费付款。请视需要加页填写。

**请注意：您必须填妥第 2 页上的声明部分。**

无监护权家长之完整姓名		有监护权家长之姓名		个案号码	
年					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
总计					

年					
1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
总计					

**声明**

本人特此声明，以上陈述属实且正确。若有不实之词，愿依照华盛顿州法律而接受伪证罪处罚。

签名于华盛顿州\_\_\_\_\_。

日期

您的签名

请寄送给：  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 PO BOX 11520  
 TACOMA WA 98411-5520