

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

**贍養費付款聲明書**  
**Declaration of Support Payments**

請列出無監護權家長為下列兒童而直接向您支付的從\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_期間之兒童贍養費付款。

切勿包括您從兒童贍養處收到的贍養費付款。第 2 頁上有更多欄位，可用於填寫另外 5 年的上述贍養費付款。請視需要加頁填寫。

**通知：您必須填妥第 2 頁上的聲明部份。**

無監護權家長之完整姓名		有監護權家長之姓名		個案號碼	
年份					
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10 月					
11 月					
12 月					
總計					

年份					
1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
總計					

**聲明**

本人特此聲明，以上陳述屬實且正確。若有不實之詞，願依照華盛頓州法律而接受偽證罪處罰。

簽名於 \_\_\_\_\_，華盛頓州。

日期

您的簽名

回函請寄至：  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 PO BOX 11520  
 TACOMA WA 98411-5520