

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

**아동양육비 지불 신고**  
**Declaration of Support Payments**

아래 자녀에 대해 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 기간에 대해 **비양육 부/모로부터 직접 받은 아동양육비 금액**을 아래에 기재하십시오.

아동지원부(DCS)로부터 받은 금액은 포함하지 **마십시오**. 필요할 경우 2 면에 추가로 5 년을 더 기입하실 수 있습니다. 필요할 경우 다른 용지를 사용해 첨부하십시오.

**참고: 2 면 밑에 선서칸을 반드시 완성하십시오.**

비양육 부/모의 성명		양육 부/모의 성명		사례 번호	
연도					
1 월					
2 월					
3 월					
4 월					
5 월					
6 월					
7 월					
8 월					
9 월					
10 월					
11 월					
12 월					
총액					

연도					
1 월					
2 월					
3 월					
4 월					
5 월					
6 월					
7 월					
8 월					
9 월					
10 월					
11 월					
12 월					
총액					

<b>선언서</b>	
본인은 위싱턴주법 아래 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 앞서 언급한 내용이 모두 진실하며 정확함을 선언합니다.	
서명장소: 위싱턴주 _____	
일자	서명

아래 주소로 보내주십시오:  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 PO BOX 11520  
 TACOMA WA 98411-5520