



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

Төлбөрийн тусламж үзүүлэх мэдүүлэг
Declaration of Support Payments

Хорих ял шийтгэл эдлээгүй эцэг эхээс шууд авч буй хүүхдийн тусламжийг бичнэ үү _____-ээс to _____ дор дурьдсан хүүхэд.

Хүүхдийн Тусламжийн Газраас авсан төлбөрийг **бүү** оруулна уу. 2 хуудас нэмэлт 5 жилийн бичлэгийн зайтай. Нэмэлт хуудсуудыг бололцоогоороо хавсаргана уу.

АНХААРУУЛГА: Та 2 хуудсан дахь Мэдүүлгийн хэсгийг бөглөх ёстой.

АСРАН ХҮМҮҮЖҮҮЛЭХ ЭРХГҮЙ ЭЦЭГ ЭХИЙН НЭР		АСРАН ХҮМҮҮЖҮҮЛЭХ ЭРХТ ЭЦЭГ ЭХИЙН НЭР		ХЭРГИЙН ДУГААР	
ОН					
1 сар					
2 сар					
3 сар					
4 сар					
5 сар					
6 сар					
7 сар					
8 сар					
9 сар					
10 сар					
11 сар					
12 сар					
Нийт					

ОН					
1 сар					
2 сар					
3 сар					
4 сар					
5 сар					
6 сар					
7 сар					
8 сар					
9 сар					
10 сар					
11 сар					
12 сар					
Нийт					

Мэдүүлэг	
Би шийтгэл торгууль ноогдуулах ялан дор ба Вашингтон мужийн хуулийг даган уг баримт нь үнэн зөв гэдгийг баталж байна.	
Гарын үсэг _____, Вашингтон.	
ОН Сар өд ө р	ТАНЫ ГАРЫН ҮСЭГ

буцах зам:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520