

सहायता भुक्तानीहरूको घोषणा
Declaration of Support Payments

तल सूचित बालबालिकाको लागि _____ बाट असंरक्षित अभिभावकबाट प्रत्यक्ष रूपमा _____
आफूले प्राप्त गरेको बाल सहायताको सूची बनाउनुहोस्।

बाल सहायता डिभिजनबाट आफूले प्राप्त गरेको भुक्तानीहरू समावेश नगर्नुहोस्। आवश्यक परेको खण्डमा पृष्ठ 2 मा अतिरिक्त पाँच वर्षको लागि खाली ठाउँ छ। आवश्यक परेमा अतिरिक्त पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

सूचना: तपाईंले पृष्ठ 2 मा घोषणा खण्डलाई पूरा गर्नुपर्छ।

असंरक्षित अभिभावकको पूरा नाम	संरक्षित अभिभावकको नाम	मुद्दा नम्बर
वर्ष		
जनवरी		
फेब्रुअरी		
मार्च		
अप्रिल		
मे		
जुन		
जुलाई		
अगस्ट		
सेप्टेम्बर		
अक्टुबर		
नोभेम्बर		
डिसेम्बर		
जम्मा		

वर्ष					
जनवरी					
फेब्रुअरी					
मार्च					
अप्रिल					
मे					
जुन					
जुलाइ					
अगस्ट					
सेप्टेम्बर					
अक्टुबर					
नोभेम्बर					
डिसेम्बर					
जम्मा					

घोषणा

म वासिङ्टन राज्यको कानून अन्तर्गतको झुठो बयानको सजाय अन्तर्गत घोषणा गर्दछु आगामी कुराहरू सत्य र सही हुन्छन्।

_____, वासिङ्टन मा हस्ताक्षर गरिएको।

मिति

तपाईंको हस्ताक्षर

यसमा फिर्ता गर्नुहोस्:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520