

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



اظهارنامه پرداخت‌های حمایتی  
Declaration of Support Payments

مبالغی که به عنوان نفقه فرزند از تاریخ \_\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_ مستقیماً از والد غیر سرپرست برای فرزند(ان) زیر دریافت کرده‌اید را درج نمایید.

مبالغی که از قسمت نفقه فرزندان دریافت کرده‌اید را درج نکنید. در صورت نیاز، می‌توانید از صفحه 2 که حاوی فضای اضافی برای 5 سال دیگر است استفاده کنید. همچنین، اگر لازم باشد، می‌توانید صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

تذکر: باید قسمت اظهارنامه را در صفحه 2 تکمیل کنید.

شماره پرونده		نام والد سرپرست		نام کامل والد غیر سرپرست	
					سال
					ژانویه
					فوریه
					مارس
					آوریل
					مه
					ژوئن
					ژوئیه
					اوت
					سپتامبر
					اکتبر
					نوامبر
					دسامبر
					جمع کل

					سال
					ژانویه
					فوریه
					مارس
					آوریل
					مه
					ژوئن
					ژوئیه
					اوت
					سپتامبر
					اکتبر
					نوامبر
					دسامبر
					جمع کل

<b>اظہارنامہ</b>	
من با آگاهی از مجازات شہادت دروغ بر اساس قوانین ایالت واشنگتن اعلام می‌کنم کہ کلیہ موارد فوق دقیق، صحیح و مبتنی بر حقیقت می‌باشد.	
امضاء شدہ در _____، واشنگتن.	
تاریخ	امضای شما

اظہارنامہ تکمیل شدہ را بہ نشانی زیر پست کنید:  
 DIVISION OF CHILD SUPPORT  
 PO BOX 11520  
 TACOMA WA 98411-5520