

ਸਹਾਇਕ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ

ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਗੈਰ-ਹਿਰਾਸਤੀ ਮਾਪੇ ਤੋਂ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ _____ ਤੋਂ ਲੈਕੇ _____
ਤੱਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਭਾਗ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ। ਸਫੇ 2 ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਪੰਜ ਵਾਧੂ ਸਾਲਾਂ ਲਈ ਜਗ੍ਹਾ ਹੈ। ਜੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਸਫੇ ਜੋੜੋ।

ਨੋਟਿਸ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਫੇ 2 'ਤੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਗੈਰ-ਹਿਰਾਸਤੀ ਮਾਪੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ		ਹਿਰਾਸਤੀ ਮਾਪੇ ਦਾ ਨਾਮ		ਕੇਸ ਨੰਬਰ	
ਸਾਲ					
ਜਨਵਰੀ					
ਫਰਵਰੀ					
ਮਾਰਚ					
ਅਪਰੈਲ					
ਮਈ					
ਜੂਨ					
ਜੁਲਾਈ					
ਅਗਸਤ					
ਸਤੰਬਰ					
ਅਕਤੂਬਰ					
ਨਵੰਬਰ					
ਦਸੰਬਰ					
ਕੁੱਲ					

ਸਾਲ					
ਜਨਵਰੀ					
ਫਰਵਰੀ					
ਮਾਰਚ					
ਅਪਰੈਲ					
ਮਈ					
ਜੂਨ					
ਜੁਲਾਈ					
ਅਗਸਤ					
ਸਤੰਬਰ					
ਅਕਟੂਬਰ					
ਨਵੰਬਰ					
ਦਸੰਬਰ					
ਕੁੱਲ					

ਘੋਸ਼ਣਾ

ਮੈਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ, ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਥਾਂ _____, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ।

ਮਿਤੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ

ਇਸ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਵਾਪਿਸ ਕਰੋ:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520