

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

ถ้อยแถลงการจ่ายเงินค่าอุปการะ
Declaration of Support Payments

แสดงรายละเอียดค่าอุปการะบุตรที่คุณได้รับโดยตรงจากพ่อหรือแม่ที่ไม่มีสิทธิ์ปกครองบุตรจาก _____ to _____
สำหรับผู้เยาว์ที่ระบุด้านล่าง

ไม่ต้องระบุการชำระเงินที่คุณได้รับจากแผนกดูแลเด็ก หน้า 2 มีพื้นที่ว่างสำหรับเพิ่มรายละเอียดได้อีกห้าปีในกรณีที่ต้องการ แนบเอกสารเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

หมายเหตุ: คุณจะต้องกรอกรายละเอียดในหัวข้อ ถ้อยแถลง ในหน้า 2

ชื่อเต็มของพ่อหรือแม่ที่ไม่มีสิทธิ์ปกครองบุตร		ชื่อพ่อหรือแม่ที่มีสิทธิ์ปกครองบุตร		เลขคดี	
ปี					
มกราคม					
กุมภาพันธ์					
มีนาคม					
เมษายน					
พฤษภาคม					
มิถุนายน					
กรกฎาคม					
สิงหาคม					
กันยายน					
ตุลาคม					
พฤศจิกายน					
ธันวาคม					
รวม					

ปี					
มกราคม					
กุมภาพันธ์					
มีนาคม					
เมษายน					
พฤษภาคม					
มิถุนายน					
กรกฎาคม					
สิงหาคม					
กันยายน					
ตุลาคม					
พฤศจิกายน					
ธันวาคม					
รวม					

ถ้อยแถลง	
ข้าพเจ้าขอรับรองและยินดียินดีรับโทษในฐานะให้การอันเป็นเท็จตามกฎหมายของรัฐวอชิงตันหากพบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งในการยื่นคำร้องนี้ไม่เป็นจริงหรือไม่ถูกต้อง	
ลงนามที่ _____ , รัฐวอชิงตัน	
วันที่	ลายมือชื่อของคุณ

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