

## Заява про отриману грошову допомогу Declaration of Support Payments

Перелічіть грошову допомогу, яку ви отримали **безпосередньо від одного з батьків, що не є правомочним піклувальником** у період з \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ на дитину (дітей), що вказано нижче.

**Не включайте** до цього переліку грошову допомогу, яку ви отримали від Служби з питань допомоги дітям. На стор. 2 є додаткове місце ще для п'яти років, якщо є потреба. У разі необхідності, додайте сторінки.

**ПОВІДОМЛЕННЯ: Ви маєте заповнити розділ заяви на стор. 2.**

ПОВНЕ ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ, ЩО НЕ Є ПРАВОМОЧНИМ ПІКЛУВАЛЬНИКОМ		ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ, ЩО Є ПІКЛУВАЛЬНИКОМ		НОМЕР СПРАВИ	
<b>РІК</b>					
<b>Січень</b>					
<b>Лютий</b>					
<b>Березень</b>					
<b>Квітень</b>					
<b>Травень</b>					
<b>Червень</b>					
<b>Липень</b>					
<b>Серпень</b>					
<b>Вересень</b>					
<b>Жовтень</b>					
<b>Листопад</b>					
<b>Грудень</b>					
<b>Загалом</b>					

<b>РІК</b>					
<b>Січень</b>					
<b>Лютий</b>					
<b>Березень</b>					
<b>Квітень</b>					
<b>Травень</b>					
<b>Червень</b>					
<b>Липень</b>					
<b>Серпень</b>					
<b>Вересень</b>					
<b>Жовтень</b>					
<b>Листопад</b>					
<b>Грудень</b>					
<b>Загалом</b>					

<b>Заява</b>	
Я обізнаний(а) із можливістю покарання за лжесвідчення згідно законам штату Вашингтон, і я заявляю, що зазначене у цій заяві є вірним і правильним.	
Підписано у _____, Вашингтон.	
ДАТА	ВАШ ПІДПИС

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