

សេចក្តីបញ្ជាក់អះអាងការមើលថែកុមារ
Child Care Verification

ជូនចំពោះ:

លេខរៀងក្តី:

នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភកុមារ (DCS) ត្រូវការសេចក្តីអះអាងនៃការចំណាយមើលថែកុមារក្នុងកំឡុងពេល _____ ។
សូមអោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការមើលថែកូនរបស់អ្នកបំពេញដោយឡែកនូវ **ការឆ្លើយតបសេចក្តីបញ្ជាក់មើលថែកុមារ (Child Care Verification Response)** (នៅលើទំព័រទី ២ នៃទំរង់នេះ) សំរាប់
កុមារនីមួយៗដែលរាយខាងក្រោមនេះ។ បន្ទាប់មកអ្នកត្រូវដាក់កាលបរិច្ឆេទ និង ហត្ថលេខាលើទំរង់ឆ្លើយតបនីមួយៗ, និង ភ្ជាប់ជាមួយនឹងភស្តុតាងនៃការចំណាយសំរាប់ការមើលថែដែលបានផ្គត់ផ្គង់ និង ធ្វើទៅ
អោយ DCS វិញតាមរយៈអោសយដ្ឋានដែលដាក់នៅខាងក្រោម។ ភស្តុតាងនៃការចំណាយសំរាប់មើលថែកុមារអាចជាវិក័យបត្រ រឺ ច្បាប់ចំលងនៃមូលតំទានប្រើប្រាស់ហើយ។
ទំរង់ដែលបានបំពេញហើយត្រូវផ្ញើមិនហួសពី _____ ។

ឈ្មោះកុមារ

_____ កាលបរិច្ឆេទ

_____ អ្នកតំណាងសិទ្ធិអន្តរាគ្គី
នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភកុមារ

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

នៅក្នុងតំបន់ _____ នៃសេវាទូរស័ព្ទ _____
នៅក្រៅតំបន់ _____ នៃសេវាទូរស័ព្ទ _____

មានសេវាទូរស័ព្ទ TTY/TDD សំរាប់បំពេញការជូនបណ្តាជនដែលពិការសម្តី ឬពិការគ្រឿង ។
សូមអញ្ជើញចូលអានមើលព័ត៌មានលើគេហទំព័ររបស់យើង នៅ — www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

គ្មានធនធានម្នាក់, ដោយប្រោះជាតិសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, សញ្ជាតិដើម, គោលជំនឿ, សាសនា, ភេទ, អាយុ, ឬពិការភាព, ត្រូវតែប្រកាន់រើសអើងនៅក្នុងការងារ, សេវាកម្ម,
ឬទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពរបស់កម្មវិធីនេះឡើយ ។ ទម្រង់លិខិតនេះមានបម្រុងជូនជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ ទៅតាមសេចក្តីស្នើសុំ ។



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

ការឆ្លើយតបសេចក្តីបញ្ជាក់អះអាងពីការមើលថែកុមារ

Child Care Verification Response

បំពេញដោយឡែកគ្នាចំពោះកុមារដែលរាយឈ្មោះនៅខាងលើ។

<p>លេខរៀងក្តី DCS:</p>			
<p>ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋានអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការមើលថែកុមារ:</p>			
<p>លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការមើលថែកុមារ (ប្រមូលលេខកូដតំបន់): ()</p>			
<p>ឈ្មោះកុមារ:</p>			
<p>ខ្ញុំធ្លាប់បានទទួលប្រាក់ចំនួន \$ _____ សំរាប់ _____ សំរាប់កុមារនេះ។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះខ្ញុំទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ</p> <p>\$ _____ ពីរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន រឺ រដ្ឋដទៃទៀត រឺ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលជារៀងរាល់ខែសំរាប់កុមារនេះ។</p>			
<p>សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកធ្លាប់ទទួលបានពីអាណាព្យាបាលដែលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន រឺ រដ្ឋដទៃទៀត រឺ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល មិនបាន ដោយប្រាក់ជំនួយ។ ទំព័រនេះមានចន្លោះសំរាប់រយះពេល ១២ ខែ នៃការបង់ប្រាក់។ ភ្នាក់ងារជាមួយសេចក្តីបញ្ជាក់បន្ថែមលើក្រដាសផ្សេងទៀតបើសិនជាចាំបាច់។</p>			
ចំនួន	កំឡុងពេល (ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួន	កំឡុងពេល (ខែ/ឆ្នាំ)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
<p>ខ្ញុំប្រកាសក្រោមច្បាប់គុណការរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនលើសំណងនៃការរក្សាកុមារនេះថា, រាល់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ដោយពិតជាត្រឹមត្រូវនិងការពិត។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា DCS នឹងប្រើព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ដោយសំរាប់គោល ចំណងឧបត្ថម្ភកុមារនិងអាចក្លាយទៅជាឯកសារសាធារណៈ។ DCS អាចធ្វើរាល់ព័ត៌មានទាំងនោះទៅអាណាព្យាបាលដែលមិនមើលថែកុមារលើការស្នើរសុំរបស់ពួកគេក្រោមច្បាប់ធ្វើសំបុត្រសាធារណៈរបស់ DCS។</p>			
កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខា អ្នកផ្គត់ផ្គង់ការមើលថែកុមារ	ឈ្មោះ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ការមើលថែកុមារ	
កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខា អាណាព្យាបាលដែលមិនមើលថែកុមារ	ឈ្មោះ អាណាព្យាបាលដែលមិនមើលថែកុមារ	