



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

托儿费核实
Child Care Verification

致:

个案号码:

儿童赡养处(DCS)需要核实您在此时期内的托儿费开支_____。
请让您的托儿服务提供者对下列每一名儿童填妥一份**托儿费核实回复书**(列于此表格的第2页)。您必须随后在每一份回复书上注明日期并签名、随付对托儿服务的付费凭证,并按照以下地址将该回复书寄还DCS。付费凭证可为收据,或者已付讫注销的支票之副本。请于_____之前寄还填妥的表格。

儿童姓名

日期

获授权的代表
儿童赡养处

请将填妥的表格寄还至:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

在 _____ 电话区域以内 _____

在 _____ 电话区域以外 _____

为语障或听障人士提供 TTY/TDD 专线服务。
请浏览我们的网站: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面,以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由,而对任何人进行歧视。备有此表格的其它版本格式,可供索取。

托儿费核实回复书
Child Care Verification Response

请为第 1 页中所列的每一名儿童分别填写一份回复书。

DCS 个案号码:			
托儿服务提供者之姓名与地址:			
托儿服务提供者的电话号码 (请包括区域号码): ()			
儿童姓名:			
本人每_____为该名儿童支付\$_____。对于这笔付款， 我每月从华盛顿州、另一个州或政府机构为该名儿童领取\$_____的托儿服务补贴。			
对于您从监护人处收到的付款，请填写华盛顿州、任何其它州或政府机构 未曾 补贴的金额。此页可供填写12个月的付款。 若需要，可加附页填写。			
金额	时期 (月/年)	金额	时期 (月/年)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
本人特此声明，以上陈述属实且正确。若有不实之词，愿依照华盛顿州法律而接受伪证罪处罚。本人明白，DCS将出于儿童赡养费目的而利用我所提供的情况，而且这些情况将成为公共记录资料。在接获向DCS提交的书面请求后，DCS可依照公开披露政策而向无监护权家长披露这些情况。			
日期	托儿服务提供者签名	托儿服务提供者印刷名称	
日期	家长/监护人签名	家长/监护人印刷名称	