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

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

تأیید مراقبت از کودک
Child Care Verification

شماره پرونده: به:

بخش حمایت از کودک (DCS) به تأیید هزینه‌های مراقبت از کودک شما به مدت زمان_____ نیاز دارد.
لطفاً از ارائه‌دهنده مراقبت کودک خود بخواهید تا ***جوابیه تأیید مراقبت از کودک*** را (صفحه 2 این فرم) برای هر یک از کودکان نام برده زیر کامل کند. سپس هر فرم جوابیه را تاریخ زده و امضاء کنید، و سند پرداخت برای مراقبت‌های صورت گرفته را ضمیمه کرده و آنرا به آدرس زیر به DCS بازگردانید. سند پرداخت می‌تواند رسیدها یا کپی چک‌های پرداخت‌شده (باطله) باشد. فرم(های) تکمیل شده را حداکثر تا تاریخ _____ ارسال کنید.

اسامی کودکان/فرزندان

_____ تاریخ

_____ نماینده صلاحیت دار
بخش حمایت از کودک

فرم(های) تکمیل‌شده را ارسال کنید به:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

داخل محدوده _____ با شماره تماس _____

خارج از محدوده _____ با شماره تماس _____

خدمات TTY/TDD برای افراد ناشنوا وجود دارد.

از وب‌سایت ما دیدن کنید: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

هیچ شخصی نباید به خاطر نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، اعتقادات، مذهب، جنسیت، سن، یا ازکارافتادگی، در استخدام، بهره مندی از خدمات، یا هر جنبه‌ای از فعالیت‌های این برنامه مورد تبعیض واقع شود. در صورت درخواست این فرم با فرمت‌های دیگری دردسترس است.

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

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

جوابیه تأیید مراقبت از کودک
Child Care Verification Response

برای هر کودک نامبرده در صفحه 1 فرم مجزایی پر کنید.

شماره پرونده DCS

نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت کودک:

شماره تماس ارائه دهنده مراقبت کودک (کد ناحیه ذکر شود):

نام کودک:

به اینجانب مبلغ $_____ برای هر_____.جهت مراقبت از این کودک پرداخت می‌شود. از این مبلغ،

$_____ را به صورت کمک‌هزینه از ایالت واشینگتن یا سایر سازمان‌های دولتی یا ایالتی بصورت ماهانه برای مراقبت از این کودک دریافت می‌کنم.

مبالغی را که از سرپرست دریافت می‌کنید و ایالت واشینگتن یا هر ایالت یا سازمان دولتی دیگری کمک‌هزینه‌ای برای آن **پرداخت نمی‌کند**، ذکر کنید. این صفحه گنجایش ثبت 12 ماه پرداخت را دارد. در صورت نیاز برگه‌های دیگری اضافه کنید.

مبلغ	دوره (ماه/سال)	مبلغ	دوره (ماه/سال)
$		$	
$		$	
$		$	
$		$	
$		$	
$		$	

با عنایت به قانون مجازات و جرائم شهادت کذب، و قوانین ایالت واشینگتن صحت ودرستی اطلاعات فوق را اعلام می‌کنم. آگاه هستم که DCS از اطلاعات ارائه‌شده از طرف اینجانب برای اهداف حمایتی کودک استفاده خواهد کرد و جزو اطلاعات عمومی قرار خواهد گرفت.

DCS می تواند از طریق درخواست کتبی به DCS و پیرو سیاست افشاء عمومی، این اطلاعات را برای والدین غیرسرپرست افشاء کند.

تاریخ	امضاء ارائه‌دهنده مراقبت کودک	نام ارائه‌دهنده مراقبت کودک
تاریخ	امضاء والدین/ سرپرست	نام والدین/سرپرست