



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

Vérification de Services de Garderie
Child Care Verification

À L'ATTENTION DE :

NUMÉRO DE DOSSIER :

La Division des pensions alimentaires (DCS) doit vérifier les frais que vous avez encourus pour les services de garderie de votre/vos enfant(s) pour la période _____.

Veillez demander au prestataire de services de garderie de votre/vos enfant(s) de remplir un exemplaire de **Réponse à la demande de vérification de services de garderie** séparé de la (page 2 du présent formulaire) pour chacun des enfants indiqués ci-dessous. Vous devez ensuite dater et signer chaque formulaire de réponse, joindre une preuve de paiement des soins fournis et retourner le tout à la DCS à l'adresse indiquée ci-dessous. La preuve de paiement peut consister en reçus ou en copies de chèques annulés. Retournez le ou les formulaires remplis au plus tard le _____.

Nom des enfants

REPRÉSENTANT AUTORISÉ
DIVISION DES PENSIONS ALIMENTAIRES

Retournez le ou les formulaires de réponse remplis à :
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Dans _____ la zone d'appel local _____

En dehors _____ de la zone d'appel local _____

Des services de téléphonie texte (TTY/TDD) sont disponibles pour les personnes souffrant de troubles de la parole ou de l'audition.

Consultez notre site web à www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

Aucune personne ne subira de discrimination en matière d'emploi, de services ou pour tout aspect des activités du programme, en raison de sa race, de sa couleur de peau, de son origine nationale, de ses croyances, de sa religion, de son sexe, de son âge ou de son handicap. Le présent formulaire est disponible sur demande en d'autres formats.

Réponse à la demande de vérification de services de garderie Child Care Verification Response

Remplissez un formulaire séparé pour chaque enfant indiqué à la page 1.

Numéro de dossier DCS :			
Nom et adresse du prestataire de services de garderie :			
Numéro de téléphone du prestataire de services de garderie (inclure l'indicatif régional) : ()			
Nom de l'enfant :			
Je reçois \$ _____ par _____ pour cet enfant. Sur ce montant, je reçois \$ _____ à titre de subvention de l'État de Washington ou d'un autre état ou agence gouvernementale, par mois, pour cet enfant.			
Indiquez les montants versés par le gardien de l'enfant, non subventionnés par l'État de Washington ou tout autre état ou agence gouvernementale. Cette page permet d'indiquer les paiements reçus sur une période de 12 mois. Joignez au besoin des feuilles supplémentaires.			
Montant	Période (mois/année)	Montant	Période (mois/année)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Je déclare sous peine de parjure, en vertu des lois de l'État de Washington, que les informations qui précèdent sont sincères et exactes. Je comprends que la DPA utilisera les informations fournies ici dans le cadre de la gestion des pensions alimentaires, et que ces informations entreront dans le domaine public. La DPA peut divulguer ces informations au parent non gardien sur demande écrite de ce dernier adressée à la DPA, conformément aux règles en matière de divulgation publique.			
Date	Signature du prestataire de services de garderie	Nom du prestataire de services de garderie en caractères d'imprimerie	
Date	Signature du parent ou gardien	Nom du parent ou gardien en caractères d'imprimerie	