

ბავშვის მოვლის დადასტურება
Child Care Verification

ვის:

საქმის ნომერი:

ალიმენტების განყოფილებას (DCS) სჭირდება თქვენი ბავშვის მოვლის ხარჯების დადასტურება,
_____ პერიოდისთვის.

გთხოვთ, თქვენს ბავშვის მოვლის პროვაიდერს შეავსებინოთ ცალკე **ბავშვის მოვლის დადასტურების პასუხი** (წინამდებარე ფორმის მე-2 გვერდი) ქვემოთ ჩამოთვლილი თითოეული ბავშვისთვის. შემდეგ, თქვენ უნდა დაათარილოთ და ხელი მოაწეროთ თითოეულ პასუხის ფორმას, დაურთოთ გადახდის მტკიცებულება მოვლისთვის, და დაუბრუნოთ ის ალიმენტების განყოფილებას, ქვემოთ მითითებულ მისამართზე. გადახდის მტკიცებულება შეიძლება იყოს ქვითრები ან გაუქმებული ჩეკების ასლები. დააბრუნეთ შევსებული ფორმა(ები) არაუგვიანეს _____-სა.

ბავშვების სახელები

თარიღი

უფლებამოსილი წარმომადგენელი
ალიმენტების განყოფილება

დაუბრუნეთ შევსებული პასუხის ფორმა(ები):

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

დაფარვის _____ ზონაში _____

დაფარვის _____ ზონის გარეთ _____

TTY/TDD მომსახურება ხელმისაწვდომია მეტყველების ან სმენის დეფექტების მქონე პირებისათვის.

იხილეთ ჩვენი ვებ-გვერდი: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

არცერთი პირი, მისი რასის, ფერის, ეროვნების, სარწმუნოების, რელიგიის, სქესის, ასაკის, ან შრომისუნარობის გამო არ განიცდის დისკრიმინაციას დასაქმებაში, მომსახურებაში, ან პროგრამის საქმიანობის რომელიმე ასპექტში. წინამდებარე ფორმა ხელმისაწვდომია ალტერნატიულ ფორმატებში, მოთხოვნისამებრ.

ბავშვის მოვლის დადასტურების პასუხი
Child Care Verification Response

შეავსეთ ცალკე ფორმა 1-ლ გვერდზე მითითებული თითოეული ბავშვისთვის.

ალიმენტის განყოფილების საქმის ნომერი:			
ბავშვის მოვლის პროვაიდერის სახელი და მისამართი:			
ბავშვის მოვლის პროვაიდერის ტელეფონის ნომერი (შტატის კოდის ჩათვლით): ()			
ბავშვის სახელი:			
მე მიხდინან \$ _____ ყოველ _____ ამ ბავშვზე. ამ რაოდენობისთვის, მე ვღებულობ \$ _____ დახმარებას ვაშინგტონის შტატის ან სხვა შტატის ან მთავრობის სააგენტოსგან, თვეში, ამ ბავშვისთვის.			
შეიყვანეთ თანხა, რომელსაც ღებულობთ მეურვისგან, რომლის სუბსიდირებაც ვაშინგტონის შტატის ან ნებისმიერი სხვა შტატისა თუ მთავრობის სააგენტოს არ მოუხდენია. ამ გვერდს აქვს ადგილი 12-თვიანი გადახდებისთვის. თანდართული დამატებითი ფურცელი, საჭროების შემთხვევაში.			
რაოდენობა	პერიოდი (თვე/წელი)	რაოდენობა	პერიოდი (თვე/წელი)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
ვაცხადებ, ვაშინგტონის შტატის ცრუმოწმეობის ჯარიმის შესახებ კანონის შესაბამისად, რომ აღნიშნული არის სიმართლე და სწორია. ჩემთვის გასაგებია, რომ ალიმენტის განყოფილება გამოიყენებს ინფორმაციას, რომელიც მივაწოდე ალიმენტის მიზნებისთვის და ის საჯარო გახდება. ალიმენტის განყოფილებამ შეიძლება ეს ინფორმაცია გაუმჟღავნოს არამეურვე მშობელს, წერილობით მოთხოვნის შემთხვევაში, ალიმენტის განყოფილების მიმართ და გასაჯაროების პოლიტიკის თანახმად.			
თარიღი	ბავშვის მოვლის პროვაიდერის ხელმოწერა	ბავშვის მოვლის პროვაიდერის სახელი ნაბეჭდი ფორმით	
თარიღი	მშობლის/მეურვის ხელმოწერა	მშობლის/მეურვის სახელი ნაბეჭდი ფორმით	