

**Verifikasi Pengasuhan Anak**  
**Child Care Verification**

KEPADA:

NOMOR KASUS:

Divisi Tunjangan Anak (Division of Child Support - DCS) memerlukan verifikasi pengeluaran pengasuhan anak Anda untuk periode tertentu \_\_\_\_\_.

Mintalah pengasuh Anak Anda untuk mengisi **Jawaban Verifikasi Pengasuhan Anak** (halaman 2 dari formulir ini) untuk setiap anak yang tercantum di bawah ini. Kemudian Anda harus menulis tanggal dan menandatangani setiap formulir jawaban, menyertakan bukti pembayaran untuk pengasuhan yang diberikan, dan mengembalikannya kepada DCS pada alamat yang tercantum di bawah ini. Bukti pembayaran dapat berupa kwitansi, atau salinan cek yang dibatalkan. Kembalikan formulir yang telah diisi tidak lebih lama dari \_\_\_\_\_.

Nama Anak

\_\_\_\_\_  
TANGGAL

\_\_\_\_\_  
PERWAKILAN RESMI  
DIVISI TUNJANGAN ANAK

Kembalikan formulir jawaban yang sudah diisi ke:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Di dalam \_\_\_\_\_ wilayah panggilan \_\_\_\_\_

Di luar \_\_\_\_\_ wilayah panggilan \_\_\_\_\_

Layanan TTY/TDD tersedia bagi mereka yang mengalami gangguan berbicara atau pendengaran.  
Kunjungi situs web kami di: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

\_\_\_\_\_  
Tidak boleh ada diskriminasi karena ras, warna kulit, asal-usul negara, keyakinan, agama, jenis kelamin, usia, atau kecacatan dalam urusan pekerjaan, layanan, atau aspek apa pun dari aktivitas program. Formulir ini tersedia dalam format lain sesuai permintaan.

**Jawaban Verifikasi Pengasuhan Anak**  
**Child Care Verification Response**

Isi formulir terpisah untuk setiap anak yang tercantum di halaman 1.

Nomor Kasus DCS:			
Nama dan Alamat Pengasuh Anak:			
Nomor Telepon Pengasuh Anak (sertakan kode wilayah): (            )			
Nama Anak:			
Saya dibayar sebesar \$ _____ per _____ untuk anak ini. Dari jumlah ini, saya menerima subsidi \$ _____ dari negara bagian Washington atau negara bagian lain atau agen pemerintahan per bulan untuk anak ini.			
Masukkan jumlah yang Anda terima dari majikan yang <b>tidak</b> disubsidi oleh negara bagian Washington atau negara bagian lainnya atau agen pemerintahan. Halaman ini memiliki kolom untuk pembayaran 12 bulan. Lembar tambahan terlampir jika diperlukan.			
Jumlah	Periode (bulan/tahun)	Jumlah	Periode (bulan/tahun)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Saya menyatakan dengan bersumpah di bawah, undang-undang negara bagian Washington, bahwa yang di bawah ini adalah benar dan apa adanya. Saya memahami bahwa DCS akan menggunakan informasi yang saya berikan demi tujuan pengasuhan anak dan akan menjadi catatan publik. DCS boleh mengungkapkan informasi kepada orang tua tanpa hak asuh atas permintaan tertulis kepada DCS dan yang mematuhi kebijakan pengungkapan publik.			
Tanggal	Tanda Tangan Pengasuh Anak	Nama Terang Pengasuh Anak	
Tanggal	Tanda Tangan Orang Tua/Wali	Nama Terang Orang Tua/Wali	