

託児所の確認
Child Care Verification

様

事例番号:

養育費課 (DCS)は、次の期間中 _____ の保育費 の照合を行う必要があります。
以下に記載された子供一人ひとりについて、託児所に別々の **託児所確認の回答**(本書2ページ目)を記入してもらってください。その後、各回答書に日付と署名を記入し、使用した保育に対する支払い証明を添付し、下記のDCSの住所宛に返送してください。支払い証明には、領収書または使用済み小切手などが使えます。記入済みの書式は、必ず _____ までに返送してください。

子供の氏名

日付

正式代表者
養育費課 (DIVISION OF CHILD SUPPORT)

記入済みの回答書を以下の宛先に返送してください。

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

通話エリア _____ 内 _____

通話エリア _____ 外 _____

言語障害者/聴覚障害者には、TTY/TDD サービスをご用意しております。

当課のウェブサイトをご覧ください: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

雇用、サービス、もしくは当プログラムの活動のいかなる面においても、人種、肌の色、国籍、信条、宗教、性別、年齢、障害の有無によって差別されることはありません。この用紙は、ご希望により異なる書式をご利用いただけます。

託児所の確認
Child Care Verification Response

1 ページ目に記載した子供一人ひとりにつき別々の用紙を記入してください。

DCS 事例番号:			
託児所の名前と住所:			
託児所の電話番号(市外局番を含む): ()			
子供の氏名			
私はこの子に対して _____ 毎に\$ _____ 支払いを受けています。この金額のうち、私は毎月この子どものために\$ _____ の助成金をワシントン州または別の州または政府機関から受け取ります。			
ワシントン州またはその他の州または政府機関が補助なしにあなたが受給した金額を入力してください。このページには12ヶ月分の支払いを記入できます。必要な場合は、追加用紙を添付。			
金額	期間 (月/年)	金額	期間 (月/年)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
私は ワシントン州法下の偽証罪に処する条件で 前述が正当で正しいことであると誓います。私はDCSが私が提供した情報を養育費給付の目的で使用し、それが公文書となることを理解します。DCSは、DCSへの書面による要請と公開方針に従って、親権を持たない親に情報を開示することができます。			
日付	保育プロバイダーの署名	保育プロバイダーの名前 (楷書)	
日付	親・親権保持者署名	親・親権保持者氏名 (楷書)	