



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

Transforming lives

ശിശു പരിചരണ സ്ഥിരീകരണം
Child Care Verification

ടു:

കേസ് നമ്പർ:

ചൈൽഡ് സപ്പോർട്ട് വിഭാഗം (DCS) _____
കാലയളവിലേക്കായി ശിശു പരിചരണ ചെലവുകളുടെ സ്ഥിരീകരണം ആവശ്യപ്പെടുന്നു.
താഴെ പ്രതിപാദിച്ചിട്ടുള്ള ഓരോ കുട്ടിക്കായും നിങ്ങളുടെ ശിശു പരിചരണ ദാതാവ് മുഖേന ഒരു പ്രത്യേക **ശിശു പരിചരണ സ്ഥിരീകരണ പ്രതികരണം** (ഈ ഫോമിന്റെ പേജ് 2) പൂരിപ്പിക്കുക. തുടർന്ന് ഓരോ ഫോമിലും നിങ്ങൾ ഒപ്പിടേണ്ടതും നൽകിയ പരിചരണത്തിനായുള്ള പേയ്മെന്റ് തെളിവ് കൂടെചേർക്കേണ്ടതും താഴെ നൽകിയിട്ടുള്ള വിലാസത്തിൽ DCS-നെ തിരികെ ഏൽപ്പിക്കേണ്ടതുമാണ്. പേയ്മെന്റ് തെളിവ് ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്കുകളുടെ രസീതികളോ പകർപ്പുകളോ ആകാം. _____ സമയത്തിനു മുൻപ് പൂർത്തിയാക്കിയ ഫോം(കൾ) തിരിച്ചെൽപ്പിക്കുക.

കുട്ടികളുടെ പേരുകൾ

തിയതി

അംഗീകൃത പ്രതിനിധി
ചൈൽഡ് സപ്പോർട്ട് ഡിവിഷൻ

പൂർത്തിയാക്കിയ പ്രതികരണ ഫോം(കൾ) തിരിച്ചെൽപ്പിക്കുക:

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

_____ കോളിംഗ് ഏരിയയ്ക്ക് അകത്ത് _____
_____ കോളിംഗ് ഏരിയയ്ക്ക് പുറത്ത് _____

സംസാര അല്ലെങ്കിൽ കേൾവി വൈകല്യമുള്ളവർക്കായി TTY/TDD സേവനങ്ങൾ ലഭ്യമാണ്.

ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റ് സന്ദർശിക്കുക: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

വംശം, നിറം, ദേശീയത, മതവിശ്വാസം, മതം, ലിംഗഭേദം, പ്രായം അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യം എന്നിവയുടെ കാരണത്താൽ ഒരു വ്യക്തിക്കും തൊഴിൽ, സേവനങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ പ്രോഗ്രാമിന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഏതൊരു ഘടകത്തിലും വിവേചനം ഉണ്ടാകുന്നതല്ല. അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക് വിധേയമായി ബദൽ ഫോർമാറ്റുകളിൽ ഈ ഫോം ലഭ്യമാണ്.

ശിശു പരിചരണ സ്ഥിരീകരണ പ്രതികരണം

Child Care Verification Response

പേജ് 1 ൽ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ഓരോ കുട്ടിക്കായും ഒരു പ്രത്യേക ഫോം പൂരിപ്പിക്കുക.

DCS കേസ് നമ്പർ:			
ശിശു പരിചരണ ദാതാവിന്റെ പേരും വിലാസവും:			
ശിശു പരിചരണ ദാതാവിന്റെ ടെലിഫോൺ നമ്പർ (എരിയ കോഡ് ഉൾപ്പെടുത്തുക): ()			
കുട്ടിയുടെ പേര്:			
<p>ഈ കുട്ടിക്കായി പ്രതി _____-ന് \$ _____ എനിക്ക് ലഭിച്ചു. ഈ തുകയിൽ, എനിക്ക് \$ _____ സബ്സിഡി വാഷിംഗ്ടൺ സ്റ്റേറ്റിൽ നിന്ന് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു സ്റ്റേറ്റിൽ നിന്ന് അല്ലെങ്കിൽ സർക്കാർ ഏജൻസിയിൽ നിന്ന് ഈ കുട്ടിക്കായി പ്രതിമാസ അടിസ്ഥാനത്തിൽ എനിക്ക് ലഭിച്ചു.</p>			
<p>രക്ഷാധികാരിയിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ച, വാഷിംഗ്ടൺ സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരു സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ സർക്കാർ ഏജൻസി സബ്സിഡി നൽകാത്ത, തുക നൽകുക. ഈ പേജിൽ 12 മാസത്തെ പേയ്മെന്റുകൾക്കായുള്ള ഇടമുണ്ട്. ആവശ്യമെങ്കിൽ അധിക ഷീറ്റുകൾ കൂടെച്ചേർക്കുക.</p>			
തുക	കാലയളവ് (മാസം/വർഷം)	തുക	കാലയളവ് (മാസം/വർഷം)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
<p>മേൽപ്പറഞ്ഞവ സത്യവും ശരിയുമാണെന്ന് സ്റ്റേറ്റ് ഓഫ് വാഷിംഗ്ടണിന്റെ നിയമങ്ങൾ അനുസരിച്ച് വ്യാജസാക്ഷ്യത്തിന്റെ പിഴയ്ക്ക് കീഴിൽ, ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു അല്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ചൈൽഡ് സപ്പോർട്ട് ഉദ്ദേശ്യങ്ങൾക്കായി ഞാൻ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ DCS ഉപയോഗിക്കുമെന്നും പൊതു രേഖയാകുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. DCS-നോടുള്ള രേഖാമൂലമുള്ള അഭ്യർത്ഥനയ്ക്കും പൊതു വെളിപ്പെടുത്തൽ നയത്തിനും വിധേയമായി രക്ഷാധികാരിമില്ലാത്ത മാതാപിതാവിന് DCS വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തിയേക്കാം.</p>			
തീയതി	ശിശു പരിചരണ ദാതാവിന്റെ ഒപ്പ്	ശിശു പരിചരണ ദാതാവിന്റെ അച്ചടിച്ച പേര്	
തീയതി	മാതാപിതാവിന്റെ/രക്ഷാധികാരിയുടെയോളുടെ ഒപ്പ്:	മാതാപിതാവിന്റെ/രക്ഷാധികാരിയുടെയോളുടെ അച്ചടിച്ച പേര്	