

تأیید مراقبت از کودک  
Child Care Verification

شماره پرونده:

به:

بخش حمایت از کودک (DCS) به تأیید هزینه‌های مراقبت از کودک شما به مدت زمان \_\_\_\_\_ نیاز دارد. لطفاً از ارائه‌دهنده مراقبت کودک خود بخواهید تا **جوابیه تأیید مراقبت از کودک** را (صفحه 2 این فرم) برای هر یک از کودکان نام برده زیر کامل کند. سپس هر فرم جوابیه را تاریخ زده و امضاء کنید، و سند پرداخت برای مراقبت‌های صورت گرفته را ضمیمه کرده و آنرا به آدرس زیر به DCS بازگردانید. سند پرداخت می‌تواند رسیده‌ها یا کپی چک‌های پرداخت‌شده (باطله) باشد. فرم(های) تکمیل شده را حداکثر تا تاریخ \_\_\_\_\_ ارسال کنید.

اسامی کودکان/فرزندان

تاریخ

نماینده صلاحیت دار  
بخش حمایت از کودک

فرم(های) تکمیل‌شده را ارسال کنید به:

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

داخل محدوده \_\_\_\_\_ با شماره تماس \_\_\_\_\_

خارج از محدوده \_\_\_\_\_ با شماره تماس \_\_\_\_\_

خدمات TTY/TDD برای افراد ناشنوا وجود دارد.

از وبسایت ما دیدن کنید: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

هیچ شخصی نباید به خاطر نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، اعتقادات، مذهب، جنسیت، سن، یا ازکارافتادگی، در استخدام، بهره‌مندی از خدمات، یا هر جنبه‌ای از فعالیت‌های این برنامه مورد تبعیض واقع شود. در صورت درخواست این فرم با فرمت‌های دیگری در دسترس است.

جوابیه تأیید مراقبت از کودک  
Child Care Verification Response

برای هر کودک نامبرده در صفحه 1 فرم مجزایی پر کنید.

شماره پرونده DCS			
نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت کودک:			
شماره تماس ارائه دهنده مراقبت کودک (کد ناحیه ذکر شود):			
نام کودک:			
به اینجانب مبلغ \$ _____ برای هر _____ جهت مراقبت از این کودک پرداخت می‌شود. از این مبلغ،			
\$ _____ را به صورت کمک‌هزینه از ایالت واشینگتن یا سایر سازمان‌های دولتی یا ایالتی بصورت ماهانه برای مراقبت از این کودک دریافت می‌کنم.			
مبالغی را که از سرپرست دریافت می‌کنید و ایالت واشینگتن یا هر ایالت یا سازمان دولتی دیگری کمک‌هزینه‌ای برای آن پرداخت نمی‌کند، ذکر کنید. این صفحه گنجایش ثبت 12 ماه پرداخت را دارد. در صورت نیاز برگه‌های دیگری اضافه کنید.			
	مبلغ	دوره (ماه/سال)	
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
با عنایت به قانون مجازات و جرائم شهادت کذب، و قوانین ایالت واشینگتن صحت و درستی اطلاعات فوق را اعلام می‌کنم. آگاه هستم که DCS از اطلاعات ارائه‌شده از طرف اینجانب برای اهداف حمایتی کودک استفاده خواهد کرد و جزو اطلاعات عمومی قرار خواهد گرفت.			
DCS می‌تواند از طریق درخواست کتبی به DCS و پیرو سیاست افشاء عمومی، این اطلاعات را برای والدین غیرسرپرست افشاء کند.			
نام ارائه‌دهنده مراقبت کودک	امضاء ارائه‌دهنده مراقبت کودک	تاریخ	
نام والدین/سرپرست	امضاء والدین/سرپرست	تاریخ	