

Weryfikacja wydatków związanych z opieką nad dzieckiem
Child Care Verification

DO:

NUMER SPRAWY:

Oddział Alimentów na Rzecz Dzieci musi zweryfikować wydatki związane z opieką nad dzieckiem za okres _____. Dostawca opieki nad dzieckiem musi wypełnić osobną **Odpowiedź na weryfikację wydatków związanych z opieką nad dzieckiem** (strona 2 niniejszego formularza) dla każdego dziecka wymienionego poniżej. Następnie należy opatrzyć datą i podpisać każdy formularz odpowiedzi, załączyć dowód zapłaty za zapewnioną opiekę i zwrócić go do DCS na adres podany poniżej. Dowodem zapłaty mogą być paragony lub kopie anulowanych czeków. Wypełniony formularz(-e) należy odesłać najpóźniej do _____.

Imiona i nazwiska dzieci

DATA

UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL
ODDZIAŁ ALIMENTÓW NA RZECZ DZIECI

Wypełniony formularz odpowiedzi należy odesłać do:

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

W ramach _____ obszaru telefonicznego _____

Poza _____ obszarem telefonicznym _____

Dla osób z zaburzeniami mowy lub słuchu dostępne są usługi telefonu tekstowego (TTY/TDD).
Proszę odwiedzić naszą stronę pod adresem: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

Żadna osoba nie może być dyskryminowana ze względu na rasę, kolor, pochodzenie narodowe, wyznanie, religię, seks, wiek lub niepełnosprawność w ramach zatrudnienia, usług lub dowolnego innego aspektu działalności programu. Na życzenie ten formularz jest dostępny w innym formacie.

Odpowiedź na weryfikację wydatków związanych z opieką nad dzieckiem

Child Care Verification Response

Wypełnić osobny formularz dla każdego dziecka wymienionego na stronie 1.

Numer sprawy DCS:			
Nazwa/Nazwisko i adres dostawcy opieki nad dzieckiem:			
Numer telefonu dostawcy opieki nad dzieckiem (podać numer kierunkowy): ()			
Imię i nazwisko dziecka:			
Otrzymuję _____, \$ _____ USD na to dziecko. Od tej kwoty otrzymuję \$ _____ USD dofinansowania od Stanu Waszyngton lub innej agencji stanowej lub rządowej miesięcznie na to dziecko.			
Wprowadzić kwoty otrzymane od opiekuna, które nie były subsydiowane przez Stan Waszyngton lub jakąkolwiek inną instytucję rządową lub stanową. Na stronie znajduje się miejsce na uwzględnienie 12 miesięcy płatności. W razie potrzeby załączono dodatkowe arkusze.			
Kwota	Okres (miesiąc/rok)	Kwota	Okres (miesiąc/rok)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Pod karą krzywoprzysięstwa oświadczam, że zgodnie z prawem Stanu Waszyngton powyższe dane są prawdziwe i prawidłowe. Rozumiem, że DCS wykorzysta przekazane przeze mnie informacje dla celów wypłaty alimentów na rzecz dzieci. Informacje te zostaną włączone do akt publicznych. DCS może ujawnić informacje rodzicowi niesprawującemu opieki nad dzieckiem na pisemny wniosek złożony w DCS i zgodnie z polityką publicznego ujawniania informacji			
Data	Podpis dostawcy opieki nad dzieckiem	Imię i nazwisko dostawcy opieki nad dzieckiem drukowanymi literami	
Data	Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka	Podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka drukowanymi literami	