

**Верификация расходов на услуги ухода за ребенком (детьми)**  
**Child Care Verification**

КОМУ:

НОМЕР ДЕЛА:

Отделу по вопросам помощи ребенку (детям (Division of Child Support, DCS) нужна верификация Ваших расходов на услуги ухода за ребенком (детьми) за период \_\_\_\_\_.

Пожалуйста, поручите лицу или агентству, предоставляющему Вам услуги по уходу за ребенком (детьми), заполнить отдельную форму **Ответ на верификацию расходов на услуги ухода за ребенком (Child Care Verification Response)** (страница 2 этой формы) для каждого ребенка, указанного ниже. Затем Вы должны подписать каждую форму ответа и поставить дату, приложить доказательство оплаты за предоставленные услуги ухода за ребенком (детьми) и вернуть форму в отдел DCS по нижеуказанному адресу. Доказательством оплаты могут быть квитанции или копии оплаченных чеков. Возвратите заполненную (ые) форму (ы) не позже, чем \_\_\_\_\_.

Имена и фамилии детей

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ  
ОТДЕЛ ПО ВОПРОСАМ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Возвратите заполненную(ые) форму(ы) по адресу:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Для звонков в пределах зоны с кодом местности \_\_\_\_\_ :

Для звонков из-за пределов зоны с кодом местности \_\_\_\_\_ :

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом / слуховым аппаратом (TTY/TDD).

Посетите наш вебсайт по адресу: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.

## Ответ на верификацию расходов на услуги ухода за ребенком Child Care Verification Response

Заполните отдельную форму для каждого ребенка, указанного на странице 1.

Номер дела в DCS:			
Имя, фамилия и адрес лица или агентства, предоставляющего услуги ухода за ребенком:			
Номер телефона лица или агентства, предоставляющего услуги ухода за ребенком (включая код региона): (        )			
Имя и фамилия ребенка			
Мне платят \$ _____ в _____ для этого ребенка. Из этой суммы я получаю \$ _____ субсидии от штата Вашингтон или любого другого штата или правительственного агентства в месяц для этого ребенка.			
Введите суммы, которые Вы получили от родителя, имеющего право опеки, на которые штат Вашингтон или любой другой штат или правительственное агентство <b>не</b> выделяло субсидий. В этой странице есть место для сумм выплат за 12 месяцев. Приложите дополнительные листы, если необходимо.			
<b>Сумма</b>	<b>Период (месяц/год)</b>	<b>Сумма</b>	<b>Период (месяц/год)</b>
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенное является правдивым и точным. Я понимаю, что отдел DCS использует информацию, предоставленную мной, для целей помощи ребенку (детям) и что эта информация станет документом, доступным для общественного ознакомления. Отдел DCS может раскрыть информацию родителю, не имеющему права опеки, в ответ на письменный запрос в DCS и согласно правилам раскрытия информации для общественности.			
Дата	Подпись Уход за детьми провайдер	Уход за детьми провайдер Печатный Имя	
Дата	Подпись родителя/опекуна	Родителя/опекуна Печатный Имя	