



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

Beripikasyon ng Pangangalaga sa Bata
Child Care Verification

KAY:

BILANG NG KASO:

Ang Division of Child Support (DCS) ay nangangailangan ng beripikasyon ng iyong mga gastos sa pangangalaga sa bata para sa yugto na _____. Mangyaring ipakumpleto sa iyong provider ng pangangalaga sa bata ang isang hiwalay na **Sagot sa Beripikasyon ng Pangangalaga sa Bata** (pahina 2 ng form na ito) para sa bawat bata na nakalista sa ibaba. At saka dapat mong petsahan at lagdaan ang bawat form ng tugon, maglakip ng patunay ng bayad para sa ibinigay na pangangalaga, at ibalik sa DCS sa address na nakalista sa ibaba. Ang mga patunay ng bayad ay maaaring mga resibo o kopya ng mga kinanselang tseke. Ibalik ang nakumpletong (mga) form nang hindi lilipas ang _____.

Mga Pangalan ng Mga Bata

PETA

AWTORISADONG KINATAWAN
DIVISION OF CHILD SUPPORT

Ibalik ang nakumpletong (mga) form ng mga sagot sa:

DIVISION OF CHILD SUPPORT

PO BOX 11520

TACOMA WA 98411-5520

Sa loob _____ lugar na pagmumulan ng tawag _____

Sa labas _____ lugar na pagmumulan ng tawag _____

Ang serbisyo ng TTY/TDD ay mapapakinabangan ng may pinsala sa pananalita o pandinig.

Bumisita sa aming web site sa: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

Walang sinuman na dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, pananampalataya, relihiyon, kasarian, o kapansanan, ang hindi hirangin sa trabaho, serbisyo, o anumang mga aspeto ng gawain ng programa. Ang form na ito ay makukuha sa alternatibong pormat kapag hihilingin.

Sagot sa Beripikasyon ng Pangangalaga sa Bata Child Care Verification Response

Kumpletuhin ang hiwalay na form para sa bawat bata na nakalista sa pahina 1.

Bilang ng Kaso ng DCS:			
Pangalan at Address ng Provider ng Pangangalaga sa Bata:			
Numero ng Telepono ng Provider ng Pangangalaga sa Bata (ilakip ang area code): ()			
Pangalan ng Bata:			
Ako ay binabayaran ng \$ _____ kada _____ para sa batang ito. Sa halagang ito, tumatanggap ako ng \$ _____ na subsidiya mula sa Estado ng Washington o sa ibang estado o ahensiya ng pamahalaan kada buwan para sa batang ito.			
Ipasok ang mga halaga na iyong natanggap mula sa tagapag-alaga na hindi binigyan ng subsidiya ng Estado ng Washington o anumang iba pang estado o ahensiya ng pamahalaan. Ang pahinang ito ay may espasyo para sa 12 buwan na pagbabayad, Maglakip ng karagdagang mga papel kung kailangan.			
Halaga	Yugto (buwan/taon)	Halaga	Yugto (buwan/taon)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Aking ipinapahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, sa ilalim ng mga batas ng estado ng Washington, na ang nauna ay totoo at wasto. Aking naiintindihan na gagamitin ng DCS ang impormasyon na aking ibinigay para sa mga layunin ng suporta sa bata at magiging pampublikong rekord. Maaaring isiwalat ng DCS ang impormasyon sa walang kustodiyang magulang kapag may nakasulat na kahilingan sa DCS at alinsunod sa patakaran ng pagsisiwalat sa publiko..			
Petsa	Lagda ng Provider ng Pangangalaga sa Bata	Pangalan ng Provider ng Pangangalaga sa Bata	
Petsa	Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga	Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga	