

**Перевірка видатків на дитину**  
**Child Care Verification**

КОМУ:

НОМЕР СПРАВИ:

Служба з питань допомоги дітям (СПДД) має перевірити ваші видатки на дитину за період \_\_\_\_\_.  
Будь ласка, попросіть особу, що забезпечує грошову допомогу, заповнити окрему форму "**Перевірка видатків на дитину**" (стор. 2 цієї форми) по кожній дитині, вказаній нижче. Після цього на кожній формі ви маєте поставити дату і підпис, додати докази наданої грошової допомоги та повернути документи до СПДД за адресою, яку вказано нижче. Доказами грошової допомоги можуть бути чеки або копії анульованих чеків. Поверніть заповнену форму(-и) не пізніше \_\_\_\_\_.

Імена дітей

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК  
СЛУЖБА З ПИТАНЬ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Поверніть заповнену форму(-и) до:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

У межах \_\_\_\_\_ зони виклику \_\_\_\_\_

За межами \_\_\_\_\_ зони виклику \_\_\_\_\_

Послуги TTY/TDD доступні для осіб із вадами мови та слуху.

Відвідайте наш веб-сайт за адресою: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

Жодна особа не повинна бути дискримінована за расовою приналежністю, кольором шкіри, етнічним походженням, релігійними переконаннями, статтю, віком або станом здоров'я при влаштуванні на роботу, наданні послуг або в будь-яких інших аспектах діяльності програми. За проханням цю анкету можна отримати в іншому форматі.

**Перевірка видатків на дитину**  
**Child Care Verification Response**

Заповніть окрему форму для кожної дитини, яка вказана на стор. 1.

НОМЕР СПРАВИ У СПДД:			
Ім'я та адреса особи, що забезпечує грошову допомогу дитині:			
Номер телефону (включаючи код) особи, що забезпечує грошову допомогу дитині: (            )			
Ім'я дитини:			
На цю дитину я виплатив(-ла) \$ _____ за _____ З цієї суми я отримував(-ла) \$ _____ на місяць на цю дитину у формі субсидії від штату Вашингтон або від іншого штату чи державного органу.			
Вкажіть суми, які ви отримали від піклувальника, який <b>не</b> отримував субсидій від штату Вашингтон або державних органів. На цій сторінці запроваджено місце для внесення даних за останні 12 місяців. Додайте сторінки у разі потреби.			
<b>СУМА</b>	<b>Період (місяць/рік)</b>	<b>СУМА</b>	<b>Період (місяць/рік)</b>
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Я обізнаний(а) із можливістю покарання за лжесвідчення згідно законам штату Вашингтон, і я заявляю, що зазначене у цій заяві є вірним і правильним. Я обізнаний з тим, що СПДД використовуватиме інформацію, яку я надав(-ла), для грошового забезпечення дитини та оприлюднить її. У разі письмового звернення та у відповідності до принципів публічного доступу, СПДД може надати цю інформацію одному з батьків, який не є правомочним піклувальником.			
Дата	Догляд за дітьми провайдер Підпис	Догляд за дітьми провайдер Друкований Ім'я	
Дата	Батьків/піклувальника Підпис	Батьків/піклувальника Друкований Ім'я	