



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

为下达或强制执行儿童抚养令的  
收入信息申请单

Request for Income Information for Purposes of Entering or Enforcing a Child Support Order

使用此表格向儿童抚养处(DCS)索取您的儿童抚养令另一方的收入信息。如果您没有提供对方的全名、社保号和出生日期, DCS可能无法提供收入信息。DCS可以提供有关此人收入的信息, 但除非您根据WAC 388-14A-2107和2110单独提交书面申请, 否则不能告诉您此人哪里工作或生活。

您可将此表格带到任何DCS办事处或邮寄至:

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 9162  
Olympia WA 98507

本人姓名: \_\_\_\_\_

本人的邮寄地址: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人的电话号码: \_\_\_\_\_

本人申请索取以下个人的收入信息: \_\_\_\_\_

另一方的姓名(名字, 中间名, 姓氏)

此人的出生日期: \_\_\_\_\_  
月/日/年

此人的社保号: \_\_\_\_\_

另一方和本人有一宗共同的DCS个案。个案号码: \_\_\_\_\_

本人和另一方还没有共同的DCS个案。本人依据WAC 388-14A-1040申请索取此等信息。为支持此申请, 本人必须填写下方的所有空白。

另一方最近获知的地址或雇主: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

此人(选择一项):  正在  没有  曾经参军。

此人(选择一项):  正在  没有领取某些类型的联邦福利。

注意: 如果您没有提供所需的全部信息, DCS可能会拒绝您的信息申请。

本人在下方签名, 即证明本人申请收入信息是为了建立、强制执行或修改儿童抚养令。本人明白, 本人只能将此信息用于建立、强制执行或修改本人的儿童抚养令。

日期

本人签名

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面, 以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由, 而对任何人进行歧视。备有此表格的其他版本格式, 可供索取。

