

서명

본인은 워싱턴 주법에 따라, 1 면에 본인의 요청 하에 법적 조치를 취할 기관이나 사람 외 아무에게도 해당 정보를 제공할 수 없음을 알고 있습니다.

날짜 _____

본인의 서명 또는 변호사 서명 _____

공증

_____ 주

_____ 카운티

_____ 일에 _____께서 공증인 앞에서 서명/확약했습니다.

_____ 서명

_____ 직책

공증인 직책 만기일: _____

작성한 양식 보낼 주소:

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

올림피아 지역 내 (360) 664-5000

올림피아 지역 외 (800) 457-6202

팩스: 866-668-9518

언어 또는 청각 장애자는 TTY/TDD 서비스를 이용할 수 있습니다..

웹사이트, www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support를 방문하십시오.

회신시 조회 케이스 번호:

고용, 서비스 또는 프로그램 활동에 있어 아무도 인종, 피부색, 국적, 신념, 종교, 성별, 나이 또는 장애 여부로 인해 차별대우를 받아서는 안됩니다. 이 양식은 요청하실 경우 다른 형식(예 대형 인쇄판)으로 제공될 수 있습니다.