

إقرار دفعات الدعم
Declaration of Support Payments

قم بإدراج دعم الطفل الذي تلقينته بشكل مباشر من ولي الأمر غير الوصي بدءاً من _____ إلى _____ بالنسبة للطفل (الأطفال) المدرج اسمه أدناه.

لا تقم بإدراج الدفعات التي تلقينتها من قسم دعم الطفل. تحتوي صفحاتان من هذا الإقرار على فراغ لإضافة خمس سنوات أخرى إذا تطلب الأمر. قم بإرفاق صفحات إضافية إذا تطلب الأمر.

ملاحظة: يجب عليك إكمال القسم الخاص بالإقرار الموجود في صفحة 2.

رقم الحالة	اسم ولي الأمر الوصي	اسم ولي الأمر غير الوصي بالكامل
		السنة
		يناير
		فبراير
		مارس
		أبريل
		مايو
		يونيو
		يوليو
		أغسطس
		سبتمبر
		أكتوبر
		نوفمبر
		ديسمبر
		الإجمالي

					السنة
					يناير
					فبراير
					مارس
					إبريل
					مايو
					يونيو
					يوليو
					أغسطس
					سبتمبر
					أكتوبر
					نوفمبر
					ديسمبر
					الإجمالي

إقرار	
أقر أنا بموجب العقوبة الموضوعه للشهادة الزور، وبموجب القوانين الخاصة بولاية واشنطن، أن البيانات المبينة أعلاه صحيحة وخالية من الأخطاء.	
تم التوقيع في _____ ، بولاية واشنطن.	
التاريخ	توقيعك

يتم إعادة هذا النموذج إلى العنوان التالي:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520