

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

ການຮຽງການຂອງການຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກ  
**Declaration of Support Payments**

ຂຽນລາຍການຂອງເງິນລ້ຽງລູກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ໂດຍກົງໂລດຈາກພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຕັ້ງແຕ່ \_\_\_\_\_ ໄປສອດ \_\_\_\_\_  
ສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ຖືກປົງຊີຢູ່ຊ້າງລຸ່ມນີ້.

ຢ່າສູ່ ລວມເອົາການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜະແນກເກັບເງິນລ້ຽງເດັກ. ຫນ້າ 2 ມີບ່ອນວ່າງສໍາລັບຫ້າປີຕື່ມອີກຖ້າຕ້ອງການ. ຄັດໃບເຈ້ຽຜິ່ນເຕີມມານໍາຖ້າຈໍາເປັນ.

ຮຽງການ: ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບພາກສ່ວນຂອງການຮຽງການຢູ່ຫນ້າ 2.

ຊື່ເດັກຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງ		ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງ		ເລກເອກສານ	
ປີ					
ແຈນຢູນີ					
ເຟບຣູນີ					
ມາກຊ໌					
ເອໂປຣ					
ເມ					
ຈຸນ					
ຈຸນລາຍ					
ອໍກັສ					
ເຊັບເທັມເບີ					
ອິກໂຕເບີ					
ໂນເວັນເບີ					
ດີເຊັມເບີ					
ທັງຫມົດ					

ປີ					
ຜ່ານຢູນີ					
ຝ່າຍຢູນີ					
ມາກຊ໌					
ເອໂປຣ					
ເມ					
ຈຸນ					
ຈຸນລາຍ					
ອໍກັສ					
ເຊັບເທັມເບີ					
ອິກໂຕເບີ					
ໂນເວັມເບີ					
ດີເຊັມເບີ					
ທັງຫມົດ					

<b>ການຮຳຮຽງການ</b>	
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮຳຮຽງການພາຍໄຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດ, ພາຍໄຕ້ກົດໝາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ, ວ່າສິ່ງທີ່ກ່າວມານີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.	
ເຊັນຊີຢູ່ທີ່ _____, ວໍຊິງຕັນ.	
ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

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