

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

**Declaração de pagamentos de apoio**  
**Declaration of Support Payments**

Liste o suporte infantil recebido **diretamente dos pais que não possuem a custódia** de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_ para as crianças listadas abaixo.

**Não** inclua pagamentos recebidos da Divisão de Suporte Infantil. A página 2 conta com espaço para cinco anos adicionais caso necessário. Anexe páginas adicionais caso necessário.

**AVISO: É necessário preencher a seção Declaração na página 2.**

NOME COMPLETO DOS PAIS SEM CUSTÓDIA		NOME DOS PAIS COM CUSTÓDIA		NÚMERO DO CASO	
<b>ANO</b>					
<b>Janeiro</b>					
<b>Fevereiro</b>					
<b>Março</b>					
<b>Abril</b>					
<b>Mai</b>					
<b>Junho</b>					
<b>Julho</b>					
<b>Agosto</b>					
<b>Setembro</b>					
<b>Outubro</b>					
<b>Novembro</b>					
<b>Dezembro</b>					
<b>Total</b>					

<b>ANO</b>					
<b>Janeiro</b>					
<b>Fevereiro</b>					
<b>Março</b>					
<b>Abril</b>					
<b>Mai</b>					
<b>Junho</b>					
<b>Julho</b>					
<b>Agosto</b>					
<b>Setembro</b>					
<b>Outubro</b>					
<b>Novembro</b>					
<b>Dezembro</b>					
<b>Total</b>					

**Declaração**

Declaro, sob a penalidade de perjúrio, sob as leis do Estado de Washington, que o referido é verdadeiro e correto.

Assinado em \_\_\_\_\_, Washington.

DATA

SUA ASSINATURA

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