

Oświadczenie w sprawie płatności alimentów Declaration of Support Payments

Proszę wypisać alimenty otrzymywane **bezpośrednio od rodzica niesprawującego opieki na dzieckiem** od _____
do _____ na rzecz dzieci wymienionych poniżej.

Nie uwzględniać płatności otrzymanych z Oddziału Alimentów na Rzecz Dzieci. W razie potrzeby na stronie 2 znajduje się miejsce na dodatkowe pięć lat. W razie potrzeby należy załączyć dodatkowe strony.

UWAGA: Należy wypełnić sekcję Oświadczenia na stronie 2.

PEŁNE IMIĘ I NAZWISKO RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI NAD DZIECKIEM		IMIĘ I NAZWISKO RODZICA SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ NAD DZIECKIEM		NUMER SPRAWY	
Rok					
Styczeń					
Luty					
Marzec					
Kwiecień					
Maj					
Czerwiec					
Lipiec					
Sierpień					
Wrzesień					
Październik					
Listopad					
Grudzień					
Suma					

Rok					
Styczeń					
Luty					
Marzec					
Kwiecień					
Maj					
Czerwiec					
Lipiec					
Sierpień					
Wrzesień					
Październik					
Listopad					
Grudzień					
Suma					

Oświadczenie

Pod karą krzywoprzysięstwa oświadczam, że zgodnie z prawem Stanu Waszyngton powyższe dane są prawdziwe i prawidłowe.

Podpisano w _____, Waszyngton.

DATA

PODPIS

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