

Deklaration av underhållsbetalningar Declaration of Support Payments

Ange det underhållsbidrag som du mottagit **direkt från föräldern utan vårdnad** från _____ till _____
för barnet/barnen som står angivna nedan.

Inkludera inte betalningar som du mottagit från avdelningen för underhållsbidrag. På sida 2 finns utrymme för ytterligare fem år om det behövs. Bifoga ytterligare sidor vid behov.

OBS: Du måste fylla i deklarationsavsnittet på sidan 2.

HELA NAMNET PÅ FÖRÄLDERN UTAN VÅRDNAD		HELA NAMNET PÅ VÅRDNADSHAVAREN		ÄRENDENUMMER	
ÅR					
Januari					
Februari					
Mars					
April					
Maj					
Juni					
Juli					
Augusti					
September					
Oktober					
November					
December					
Totalt					

ÅR					
Januari					
Februari					
Mars					
April					
Maj					
Juni					
Juli					
Augusti					
September					
Oktober					
November					
December					
Totalt					

Sanningsförsäkring

Jag intygar under ed enligt lagstiftningen i delstaten Washington att det ovanstående är sanningsenligt och korrekt.

Undertecknat vid _____, Washington.

DATUM

DIN SIGNATUR

Skicka tillbaka till:
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520