

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

**Pahayag ukol sa mga Bayad sa Suporta**  
**Declaration of Support Payments**

Ilista ang mga suporta sa bata na iyong natanggap **nang direkta mula sa walang kustodiyang magulang** mula \_\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_\_ para sa (mga) batang nakalista sa ibaba.

**Huwag** ilakip ang mga bayad na iyong natanggap mula sa Division of Child Support. Ang pahina 2 ay may espasyo para sa limang karagdagang taon kung kailangan. Magdagdag ng karagdagang mga pahina kung kailangan.

**TANDAAN: Dapat mong kumpletuhin ang seksyon ng Pahayag sa pahina 2.**

KUMPLETONG PANGALAN NG WALANG KUSTODIYANG MAGULANG		PANGALAN NG MAY KUSTODIYANG MAGULANG		BILANG NG KASO	
<b>TAON</b>					
<b>Enero</b>					
<b>Pebrero</b>					
<b>Marso</b>					
<b>Abril</b>					
<b>Mayo</b>					
<b>Hunyo</b>					
<b>Hulyo</b>					
<b>Agosto</b>					
<b>Setyembre</b>					
<b>Oktubre</b>					
<b>Nobyembre</b>					
<b>Disyembre</b>					
<b>Kabuuan</b>					

<b>TAON</b>					
<b>Enero</b>					
<b>Pebrero</b>					
<b>Marso</b>					
<b>Abril</b>					
<b>Mayo</b>					
<b>Hunyo</b>					
<b>Hulyo</b>					
<b>Agosto</b>					
<b>Setyembre</b>					
<b>Oktubre</b>					
<b>Nobyembre</b>					
<b>Disyembre</b>					
<b>Kabuuan</b>					

<b>Pahayag</b>	
Aking ipinapahayag, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, sa ilalim ng mga batas ng estado ng Washington, na ang nauna ay totoo at wasto.	
Nilagdaan sa _____, Washington.	
PETSA	IYONG LAGDA

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