

Положення школи School Statement

КОМУ:

СТОСОВНО:

НОМЕР СПРАВИ:

Служба з питань допомоги дітям (DCS) визначає право зазначеної вище фізичної особи-опікуна на послуги з примусового виконання розпорядження щодо аліментів. Заповніть цю анкету та поверніть її до Служби з питань допомоги дітям (DCS) за адресою або номером факсу, які вказано нижче. Служба з питань допомоги дітям (DCS) використовує цю форму замість виклику до суду відповідно до розділу 74.20A RCW.

| ІМ'Я ДИТИНИ | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ЗАРАХОВАНО | | ВІДВІДУВАННЯ | |
|--|--|--|--|--------------|---------------|
| | | ТАК | НІ | ПОВНИЙ ДЕНЬ | НЕПОВНИЙ ДЕНЬ |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| ВИЩЕЗАНАЧЕНІ ІМЕНА ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАКІНЧАТЬ НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ НАСТУПНОГО РОКУ. | | | | | |
| ІМ'Я ДИТИНИ | ЗАПЛАНОВАНЕ ЗАКІНЧЕННЯ НАВЧАННЯ МІСЯЦЬ/РІК | | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| ПРИЧИНИ, З ЯКИХ ЗАЗНАЧЕНА ДИТИНА НЕ ЗАКІНЧИТЬ НАВЧАННЯ НАСТУПНОГО РОКУ. | | ЗАПЛАНОВАНЕ ЗАКІНЧЕННЯ НАВЧАННЯ МІСЯЦЬ/РІК | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| НАЗВА ШКОЛИ ТА АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ | | | | | |
| ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА ШКОЛИ | | | ІМ'Я ПРЕДСТАВНИКА ШКОЛИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ | | |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ) () | | НОМЕР ФАКСУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ) () | | ДАТА | |

ДАТА _____

УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК
СЛУЖБА З ПИТАНЬ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

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

У межах _____ зони виклику _____

За межами _____ зони виклику _____

Факс: 866-668-9518