

مراجعة رعاية طفل Child Care Verification

رقم الحالة:

المرسل إليه:

يحتاج قسم دعم الطفل لإجراء مراجعة بشأن نفقات رعاية طفلك للفترة _____
يُرجى الطلب من موفر الرعاية لطفلك أن يقوم بإكمال نموذج الرد **الخاصة بمراجعة رعاية الطفل** (الموجود في صفحة 2 من هذا النموذج) لكل طفل مدرج اسمه أدناه. بعد ذلك، يجب عليك تسجيل التاريخ على كل نموذج من نماذج الرد والتوقيع عليه، مرفقاً بكل منهم إثبات بالدفع بشأن الرعاية المقدمة، ثم إعادته إلى قسم دعم الطفل على العنوان المبين أدناه. وقد يكون إثبات الدفع في شكل إيصال أو نسخ من الشيكات التي تم صرفها. على أن يتم إعادة النموذج (النماذج) الذي تم استكماله فيما لا يزيد عن _____.

أسماء الأطفال

الممثل المعتمد
قسم دعم الطفل

التاريخ

يتم إعادة نموذج (نماذج) الرد بعد الاستكمال إلى العنوان التالي:

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

للاتصال من داخل _____ منطقة الاتصال

للاتصال من خارج _____ منطقة الاتصال

تتوافر خدمات أجهزة الاتصال للصم/الوهاتف النصية لغير القادرين على الكلام أو السمع.

تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني على الرابط التالي: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

لا يجوز التفرقة بين أي شخص بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العقيدة، أو الديانة، أو النوع، أو العمر أو الإعاقة في التوظيف، أو الحصول على الخدمات أو أي جانب آخر متعلق بأنشطة البرنامج. يتوافر هذا النموذج بتنسيقات بديلة حسب الطلب.

الرد على مراجعة رعاية طفل Child Care Verification Response

قم بإكمال نموذج منفصل لكل طفل مدرج اسمه في الصفحة 1.

رقم الحالة بقسم دعم الطفل:			
اسم موفر رعاية الطفل وعنوانه:			
رقم هاتف موفر رعاية الطفل (متضمنًا كود المنطقة): ()			
اسم الطفل:			
لقد دفعت مبلغ _____ دولار أمريكي عن كل _____ لهذا الطفل. ومن هذا المبلغ، أحصل على _____ دولار أمريكي في شكل إعانة مالية من قبل ولاية واشنطن أو من أي ولاية أخرى أو وكالة حكومية شهريًا لهذا الطفل.			
قم بتسجيل المبالغ التي تلقيتها من ولي الأمر الوصي ولم يتم تقديمها كإعانة مالية من قبل ولاية واشنطن أو أي ولاية أخرى أو وكالة حكومية. تحتوي هذه الصفحة على فراغ لتدوين 12 شهرًا من الدفعات. مرفق طيه أوراق أخرى إذا تطلب الأمر.			
المبلغ	الفترة (شهر/سنة)	المبلغ	الفترة (شهر/سنة)
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
دولار أمريكي		دولار أمريكي	
أقر أنا بموجب العقوبة الموضوعية للشهادة الزور، وبموجب القوانين الخاصة بولاية واشنطن، أن البيانات المبينة أعلاه صحيحة وخالية من الأخطاء. كما أنني على علم بأن قسم دعم الطفل سيقوم باستخدام المعلومات المقدمة من جانبي في أغراض دعم الطفل وستصبح هذه المعلومات ضمن المحفوظات العامة. كما يحق لقسم دعم بالإفصاح عن هذه المعلومات لولي الأمر غير الوصي فور تقديمه طلب كتابي لقسم دعم الطفل ووفقًا لسياسة الإفصاح العامة.			
التاريخ	توقيع موفر رعاية الطفل	مساءة عوبطم موفر رعاية الطفل	
التاريخ	توقيع ولي الأمر/الوصي	مساءة عوبطم ولي الأمر/الوصي	