

## Überprüfung der Kinderbetreuung

AN:

FALLNUMMER:

Die Division of Child Support (DCS) benötigt einen Nachweis über Ihre Kinderbetreuungskosten für den Zeitraum \_\_\_\_\_. Bitte lassen Sie Ihren Kinderbetreuer für jedes unten aufgeführte Kind ein separates **Formular zur Überprüfung der Kinderbetreuung** ausfüllen (Seite 2 dieses Formulars). Dann müssen Sie jedes Antwortformular datieren und unterschreiben, den Zahlungsnachweis für die geleistete Betreuung beifügen und es ans DCS an die unten angegebene Adresse zurücksenden. Als Zahlungsnachweis können Quittungen oder Kopien von entwerteten Schecks verwendet werden. Senden Sie das/die ausgefüllte(n) Formular(e) bis spätestens \_\_\_\_\_ zurück.

Namen der Kinder

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
BEVOLLMÄCHTIGTER  
DIVISION OF CHILD SUPPORT, DCS (ABTEILUNG FÜR KINDESBEIHLFE)

Senden Sie das/die ausgefüllte(n) Antwortformular(e) an:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT, DCS (ABTEILUNG FÜR KINDESBEIHLFE)  
POSTFACH 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Innerhalb \_\_\_\_\_ Anrufgebiet \_\_\_\_\_

Außerhalb \_\_\_\_\_ Anrufgebiet \_\_\_\_\_

TTY/TDD-Services verfügbar für Sprach- oder Hörbehinderte.  
Besuchen Sie unsere Webseite unter: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

Niemand darf aufgrund seiner Rasse, Hautfarbe, Nationalität, seines Glaubens, seiner Religion, seines Geschlechts, seines Alters oder seiner Behinderung im Rahmen von Beschäftigungen, Dienstleistungen oder bei irgendeinem anderen Aspekt der Programmaktivitäten diskriminiert werden. Dieses Formular ist auf Anfrage in alternativen Formaten erhältlich.

## Formular zur Überprüfung der Kinderbetreuung

Füllen Sie für jedes auf Seite 1 aufgeführte Kind ein separates Formular aus.

DCS-Fallnummer:			
Name und Adresse des Kinderbetreuers:			
Telefonnummer des Kinderbetreuers (einschließlich Ortsvorwahl): (       )			
Name des Kindes:			
Ich erhalte \$ _____ pro _____ für dieses Kind. Von diesem Betrag erhalte ich \$ Zuschuss vom Staat Washington oder einer anderen staatlichen oder öffentlichen Einrichtung pro Monat für dieses Kind.			
Geben Sie die Beträge ein, die Sie vom Sorgeberechtigten erhalten haben und die <b>nicht</b> vom Staat Washington oder einer anderen staatlichen oder behördlichen Stelle bezuschusst wurden. Auf dieser Seite ist Platz für 12 Monatszahlungen. Legen Sie bei Bedarf weitere Blätter bei.			
Betrag	Zeitraum (Monat/Jahr)	Betrag	Zeitraum (Monat/Jahr)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
<p>Unter der Strafe des Meineids nach den Gesetzen des Staates Washington, bestätige ich hiermit, dass das Vorstehende wahr und richtig ist. Mir ist bekannt, dass das DCS die von mir zur Verfügung gestellten Informationen für Zwecke der Kinderbetreuung verwenden wird und dass diese Informationen öffentlich bekannt gemacht werden. DCS kann die Informationen an den nicht sorgeberechtigten Elternteil auf schriftlichen Antrag an DCS und gemäß der Veröffentlichungsrichtlinie weitergeben.</p>			
Datum	Unterschrift des Kinderbetreuers	Name des Kinderbetreuers in Druckschrift	
Datum	Unterschrift des Elternteils/Sorgeberechtigten	Name des Elternteils/Sorgeberechtigten in Druckschrift	