

बाल स्याहार प्रमाणीकरण
Child Care Verification

मा:

केस नम्बर:

बाल सहायता डिभिजनलाई समयावधिको तपाईंको बाल स्याहार खर्चहरूको प्रमाणीकरण आवश्यकता पर्दछ _____.
निम्न सूचीबद्ध गरिएका प्रत्येक बच्चाको लागि छुट्टै बाल स्याहार प्रमाणीकरण प्रतिक्रिया (यस फारामको पृष्ठ 2 मा) बाल स्याहार प्रदायकबाट
पुरा गराउनुहोस्। त्यसपछि तपाईंले प्रत्येक प्रतिक्रिया फारामको मितिको राखी हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ, स्याहार उपलब्ध गराइएको भुक्तानीको
प्रमाण संलग्न गर्नुपर्छ र DCS निम्न सूचीबद्ध गरिएको ठेगानामा यसलाई फिर्ता गर्नुपर्दछ। भुक्तानीको प्रमाणमा रसिद वा रद्द गरिएका
चेकहरूका प्रतिलिपिहरू हुन सक्दछन्। भन्दा पहिले नै पूरा गरिएका फाराम(हरू) फिर्ता गर्नुहोस् _____।

बच्चाका नामहरू

मिति

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि
बाल सहायता डिभिजन

पूरा गरिएका प्रतिक्रिया फाराम(हरू) निम्न ठेगानाहरूमा फिर्ता गर्नुहोस्:

DIVISION OF CHILD SUPPORT

PO BOX 11520

TACOMA WA 98411-5520

कलिड क्षेत्र _____ भित्र _____

कलिड क्षेत्र _____ बाहिर _____

बोली वा सुन्ने क्षमता दुर्बल भएकाहरूलाई TTY/TDD सेवाहरू उपलब्ध छन्।

हाम्रो यस वेबसाइट: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support मा जानुहोस्

कुनैपनि व्यक्तिलाई जाति, स्थष्टिय मूल, सम्प्रदाय, धर्म, लिङ्ग, उमेर वा असक्षमताको कारणद्वारा रोजगार, सेवाहरू वा कार्यक्रमको
क्रियाकलापहरूको कुनै पक्षको विरुद्धमा विभेद गरिनेछैन। अनुरोध गरेमा यो फाराम वैकल्पिक ढाँचाहरूमा उपलब्ध छ।

बाल स्याहार प्रमाणीकरण प्रतिक्रिया
Child Care Verification Response

पृष्ठ 1 मा सूचीबद्ध गरिएका प्रत्येक बच्चाको छुट्टै फारामहरू पूरा गर्नुहोस्।

DCS केस नम्बर:			
बाल स्याहार प्रदायकको नाम र ठेगाना:			
बाल स्याहार प्रदायकको टेलिफोन नम्बर(क्षेत्र कोड सहित): ()			
बच्चाको नाम:			
यस बच्चाको लागि मलाई प्रति _____ \$ _____ तिराइएको छ। यस रकममध्ये, \$ _____ यस बच्चाको लागि मैले वासिङ्टन राज्य वा अन्य राज्य वा सरकारी निकायबाट प्रति महिना \$अनुदान प्राप्त गर्दछु।			
वासिङ्टन राज्य वा अन्य राज्य वा सरकारी निकायले अनुदान नदिइकन संरक्षकबाट तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको रकम प्रविष्ट गर्नुहोस्। 12 महिनाको भुक्तानीहरूका लागि यस पृष्ठमा स्थानहरू छन्। आवश्यक परेमा संलग्न गरिएको थप कागजातहरू।			
रकम	समयावधि (महिना/वर्ष)	रकम	समयावधि (महिना/वर्ष)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
म वासिङ्टन राज्यको कानून अन्तर्गतको झुठो बयानको सजाय अन्तर्गत घोषणा गर्दछु आगामी कुराहरू सत्य र सही हुन्छन्। म बुझ्दछु कि बाल स्याहार प्रतिक्रियाहरूको लागि मैले वितरण गरेको जानकारी DCS ले प्रयोग गर्नेछ र सार्वजनिक रेकर्ड बन्नेछ। DCS सँगको लिखित अनुरोध र सार्वजनिक खुलासा नीति अनुरूप DCS ले असंरक्षित अभिभावकलाई जानकारी खुलासा गर्न सक्छ।			
मिति	बाल स्याहार प्रदायकको हस्ताक्षर	बाल स्याहार प्रदायकको मुद्रित नाम	
मिति	अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर	अभिभावक/संरक्षकको छापिएको नाम	