

การตรวจสอบสิทธิประโยชน์ในการดูแลเด็ก
Child Care Verification

ถึง:

เลขคดี:

Division of Child Support (DCS) จำเป็นต้องตรวจสอบค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรของท่านในช่วงการให้บริการที่กำหนด _____
กรุณาแจ้งให้ผู้ให้บริการดูแลบุตรกรอก **แบบตอบรับการตรวจสอบสิทธิประโยชน์ในการดูแลเด็ก** (หน้า 2 ของแบบฟอร์มนี้)
สำหรับเด็กแต่ละรายที่ระบุด้านล่าง จากนั้นให้กำกับวันที่และลงชื่อกำกับในแบบฟอร์มตอบกลับแต่ละชุด
แนบสำเนาการชำระเงินเป็นค่าบริการที่มีการจัดหา จากนั้นส่งคืนให้แก่ DCS ตามที่อยู่ด้านล่าง หลักฐานการชำระเงินอาจได้แก่ ใบเสร็จ
หรือสำเนาเช็คที่ยกเลิก ส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกรายละเอียดแล้วภายในเวลาไม่เกิน _____

ชื่อเด็ก

วันที่

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต
DIVISION OF CHILD SUPPORT

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

ใน _____ เขตพื้นที่ติดต่อ _____

นอก _____ เขตพื้นที่ติดต่อ _____

มีบริการ TTY/TDD สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการพูดหรือการได้ยิน
เยี่ยมชมเว็บไซต์ของเราได้ที่ www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

ห้ามมีการเลือกปฏิบัติแก่บุคคลใด ๆ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลด้านเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นที่มา ความเชื่อ ศาสนา เพศ อายุ หรือความพิการ
ในการเปิดโอกาสในการจ้างงาน ให้บริการหรือการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ของโครงการ
แบบฟอร์มนี้สามารถจัดหาในรูปแบบอื่นเมื่อได้รับการร้องขอ

ตอบกลับการยืนยันสิทธิประโยชน์ในการดูแลเด็ก
Child Care Verification Response

กรอกแบบฟอร์มแยกสำหรับเด็กแต่ละรายที่แจ้งในหน้า 1

เลขคดี DCS:			
ชื่อผู้ให้บริการดูแลเด็กและที่อยู่:			
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ให้บริการดูแลเด็ก (ระบุรหัสพื้นที่ด้วย): ()			
ชื่อเด็ก:			
ข้าพเจ้าได้รับชำระเงินเป็นจำนวน \$ _____ ต่อ _____ สำหรับเด็กรายนี้ จากยอดเงินดังกล่าว ข้าพเจ้าได้รับเงิน \$ _____ เป็นเงินสนับสนุนจากมลรัฐวอชิงตัน หรือหน่วยงานประจำมลรัฐหรือของภาครัฐอื่น ๆ เป็นรายเดือนสำหรับเด็กรายนี้			
กรอกยอดเงินที่ท่านได้รับจากผู้ปกครองที่มลรัฐวอชิงตันหรือหน่วยงานของมลรัฐหรือรัฐบาลกลางอื่นไม่ได้สนับสนุน เอกสารเหล่านี้สามารถระบุรายละเอียดการชำระเงินได้ 12 เดือน แบบกระดาษเพิ่มในกรณีที่น่าจะเป็น			
ยอดเงิน	ระยะเวลา (เดือน/ปี)	ยอดเงิน	ระยะเวลา (เดือน/ปี)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันได้รับโทษในฐานะให้การอันเป็นเท็จตามกฎหมายของมลรัฐวอชิงตันหากพบว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งในการยื่นคำร้องนี้ไม่เป็นจริงหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า DCS จะใช้ข้อมูลที่ได้รับจากข้าพเจ้าเพื่อสิทธิประโยชน์ในการดูแลบุตร และข้อมูลนี้จะถือเป็นข้อมูลของภาครัฐ DCS สามารถเปิดเผยข้อมูลนี้ให้แก่พ่อแม่ที่ไม่ได้รับสิทธิปกครองบุตรหากได้รับคำร้องเป็นลายลักษณ์อักษรส่งถึง DCS และเป็นไปตามนโยบายการเปิดเผยข้อมูล			
วันที่	ลายมือชื่อผู้ให้บริการดูแลเด็ก	ชื่อพิมพ์ผู้ให้บริการดูแลเด็ก	
วันที่	ลายมือชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง	ชื่อพิมพ์พ่อแม่/ผู้ปกครอง	