

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Declaração de pagamentos de apoio
Declaration of Support Payments

Liste o suporte infantil recebido **diretamente dos pais que não possuem a custódia** de _____ até _____ para as crianças listadas abaixo.

Não inclua pagamentos recebidos da Divisão de Suporte Infantil. A página 2 conta com espaço para cinco anos adicionais caso necessário. Anexe páginas adicionais caso necessário.

AVISO: É necessário preencher a seção Declaração na página 2.

NOME COMPLETO DOS PAIS SEM CUSTÓDIA		NOME DOS PAIS COM CUSTÓDIA		NÚMERO DO CASO	
ANO					
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Maio					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Total					

ANO					
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Mai					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Total					

Declaração

Declaro, sob a penalidade de perjúrio, sob as leis do Estado de Washington, que o referido é verdadeiro e correto.

Assinado em _____, Washington.

DATA

SUA ASSINATURA

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