

إقرار تكاليف رعاية العالة

أنا، _____، المقيم في _____، (الاسم) (العنوان)	
أدفع _____ لرعاية العالة. (اسم الوكالة، المؤسسة، المقدم الفردي)	
وأتلقى حاليًا مساعدة من _____ لإعائتي على دفع تكاليف رعاية العالة. (برنامج دعم رعاية العالة)	
إجمالي ضريبة تكلفة رعاية العالة في أسرتي تبلغ _____ دولار أمريكي شهريًا.	
أدفع _____ دولار أمريكي شهريًا كنفقات نثرية لرعاية العالة.	
أقر تحت عقوبة الحنث باليمين وفقًا لقوانين ولاية كاليفورنيا أن المعلومات المقدمة في هذا الإقرار الكتابي صادقة وصحيحة وكاملة على حد علمي.	
التوقيع	التاريخ

(املأ الإقرار كاملاً قبل التوقيع.)