



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

DERIVACIÓN PARA MANUTENCIÓN DE NIÑOS
Child Support Referral

DCS Division of Child Support

La División Manutención para Niños (DCS) utilizará su información personal y Número de Seguro Social con el propósito de hacer cumplir la manutención de niños según se define en el Título IV-D de la Ley del Seguro Social.

A. INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES DE LOS NIÑOS

MADRE DE LOS NIÑOS					PADRE DE LOS NIÑOS				
Nombre (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido):					Nombre (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido):				
Otro nombre que se utilice:					Otro nombre que se utilice:				
Apartado postal o calle:					Apartado postal o calle:				
Ciudad:		Estado:	Código postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Teléfono de casa: ()	Teléfono para mensajes: ()		Teléfono celular: ()		Teléfono de casa: ()	Teléfono para mensajes: ()		Teléfono celular: ()	
Correo electrónico:					Correo electrónico:				
Número de seguro social:			Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):		Número de seguro social:			Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	
Lugar de nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):					Lugar de nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):				
Raza:	Altura:	Peso:	Color de pelo:	Color de ojos:	Raza:	Altura:	Peso:	Color de pelo:	Color de ojos:
Idioma materno (si necesita la correspondencia en otro idioma aparte del inglés):					Idioma materno (si necesita la correspondencia en otro idioma aparte del inglés):				
Afiliação tribal (si corresponde):		¿Vive en una Reservación Indígena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			Afiliação tribal (si corresponde):		¿Vive en una Reservación Indígena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Nombre del último empleador conocido:					Nombre del último empleador conocido:				
Apartado postal o domicilio del empleador:					Apartado postal o domicilio del empleador:				
Ciudad del empleador:		Estado:	Código postal:		Ciudad del empleador:		Estado:	Código postal:	
Número de teléfono del empleador: ()					Número de teléfono del empleador: ()				
Nombre del padre de la madre:		Apellido de soltera de la madre de la madre:			Nombre del padre del padre:		Apellido de soltera de la madre de del padre:		

B. RESIDENCIA DE LOS NIÑOS

Los niños mencionados en la página 2 viven con: La madre El padre Otro (especifique): _____

¿Ha vivido alguna vez el padre/madre sin custodia con los niños o proporcionado manutención para los niños en el Estado de Washington? No Sí. De ser así, ¿Cuándo?

C. SI LOS NIÑOS NO VIVEN CON LA MADRE NI CON EL PADRE, LLENE ESTA SECCIÓN

Su nombre:		Su apartado postal o calle:		
Su número de seguro social:	Su fecha de nacimiento:	Su ciudad:	Su estado:	Su código postal:
Su parentesco con los niños:		Teléfono de casa: ()	Teléfono para mensajes: ()	Teléfono celular: ()
Afiliação tribal (si corresponde):		¿Vive en una Reservación Indígena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

D. INFORMACIÓN SOBRE LOS MENORES PARA QUIENES SE SOLICITA LA MANUTENCIÓN DE NIÑOSNombre solamente a los niños de los padres consignados en la página 1 que viven en su hogar. Utilice una hoja adicional si necesita más

Nombre del niño (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		Afiliación tribal (si corresponde)
¿Quedó embarazada la madre de este menor en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		De ser no, indique dónde (Condado/Estado):	
¿Se emitió una orden de manutención para este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	De ser sí, indique la fecha de la orden (Mes/Día/Año):	De ser sí, indique el lugar en donde se ingresó la orden (Condado/Estado/Tribu):	

Nombre del niño (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		Afiliación tribal (si corresponde)
¿Quedó embarazada la madre de este menor en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		De ser no, indique dónde (Condado/Estado):	
¿Se emitió una orden de manutención para este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	De ser sí, indique la fecha de la orden (Mes/Día/Año):	De ser sí, indique el lugar en donde se ingresó la orden (Condado/Estado/Tribu):	

Nombre del niño (Primer nombre/Segundo nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un affidavit de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):	Lugar de nacimiento (Ciudad/Condado/Estado/País):		Afiliación tribal (si corresponde)
¿Quedó embarazada la madre de este menor en el Estado de Washington? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		De ser no, indique dónde (Condado/Estado):	
¿Se emitió una orden de manutención para este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	De ser sí, indique la fecha de la orden (Mes/Día/Año):	De ser sí, indique el lugar en donde se ingresó la orden (Condado/Estado/Tribu):	

E. INFORMACIÓN MATRIMONIAL DE LOS PADRES DE LOS MENORES MENCIONADOS ARRIBA

Fecha de matrimonio (Mes/Día/Año):	Lugar de matrimonio (Condado/Estado):
Fecha de divorcio (Mes/Día/Año):	Lugar de divorcio (Condado/Estado):
Fecha de separación (Mes/Día/Año):	Lugar de separación (Condado/Estado):

F. INFORMACIÓN SOBRE LOS PAGOS DE ASISTENCIA PÚBLICA Y MANUTENCIÓN DE NIÑOS

¿Ha recibido alguna vez usted o los niños mencionados arriba asistencia pública del estado o de una tribu indígena? No Sí

De ser sí, dónde (Condados/Estados/Tribus): _____ De ser sí, cuándo (Meses/Años): _____

Si existieran órdenes de manutención para los menores mencionados arriba, ¿cuánta manutención en **total** le pagó el padre sin custodia para los niños (**no incluya la manutención que se adeuda al estado o a una tribu indígena**)? \$ _____.

Fechas en las que recibió manutención: (fecha de inicio) _____ (fecha de finalización) _____.

Adjunte copias de todas las órdenes de manutención.**G. DECLARACIÓN**

Acuerdo comunicarle a la División Manutención para Niños (DCS, por sus siglas en inglés), por escrito, acerca de cualquier información nueva o cambios relacionados con el cobro de la manutención para niños respecto del padre responsable de pagar dicha manutención.

Certifico o declaro bajo pena de perjurio, bajos las leyes del estado de Washington, que la información precedente es verídica y correcta.

Firmado _____, Washington.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Ninguna persona será discriminada en el empleo, servicios sociales ni en ningún aspecto de las actividades del programa, debido a su raza, color, nacionalidad de origen, credo, religión, sexo, edad o impedimento. Este formulario está disponible en formatos alternativos a solicitud del interesado.