



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

**DERIVACIÓN PARA MANUTENCIÓN DE NIÑOS**  
CHILD SUPPORT REFERRAL

La División Manutención para Niños 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:
Número telefónico de la vivienda:( )			Número telefónico para mensajes:( )		Número telefónico para vivienda:( )			Número telefónico para mensajes:( )	
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):				
Si estuviera inscrita en una tribu indígena, indique el nombre de la tribu:					Si estuviera inscrita en una tribu indígena, indique el nombre de la tribu:				
¿Vive en una Reservación Indígena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					¿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 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 ciudad:	Su estado:	Su código postal:
Su número de teléfono: ( )		Su parentesco con los niños:		

**D. INFORMACIÓN SOBRE LOS MENORES PARA QUIENES SE SOLICITA LA MANUTENCIÓN DE NIÑOS**

Nombre solamente a los niños de los padres consignados en la página 1 que viven en su hogar.  
 Utilice una hoja adicional si necesita más espacio.

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):		
¿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):		
¿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):		
¿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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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, 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, bajo 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.