Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

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

Pedido de Información de Ingresos para presentar una Orden de Manutención para Niños
Request for Income Information for Purposes of Entering a Child Support Order

Use este formulario para solicitar a la División de Manutención para Niños (DCS) información sobre los ingresos de la otra parte de su orden de manutención para niños. Si usted no provee el nombre completo de la otra parte, número de seguro social y fecha de nacimiento, es posible que DCS no pueda proveer la información sobre el salario. DCS podrá proveerle información sobre las ganancias de dicha persona pero no podrá decirle donde trabaja o vive esa persona a menos que presente un pedido separado por escrito bajo WAC 388-14A-2107 y 2110.

Puede llevar este formulario a cualquier oficina de DCS o enviarlo por correo a: DCS PUBLIC DISCLOSURE COORDINATOR
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Mi nombre es: _____

Mi dirección de correo: _____

_____

Mi número de teléfono: _____

A través de mi firma a continuación, certifico que estoy solicitando información sobre los ingresos con el propósito de establecer, ejercer o modificar una orden de manutención para niños. Entiendo que sólo puedo usar esta información con el propósito de establecer, ejercer o modificar mi orden de manutención para niños.

Estoy solicitando información sobre los ingresos de: _____
NOMBRE DE LA OTRA PARTE (PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

La fecha de nacimiento de esta persona es: _____
MES/DÍA/AÑO

El número de seguro social de esta persona es: _____

☐ La otra parte y yo tenemos un caso DCS juntos. El número del caso es: _____

☐ Todavía no tengo un caso DCS con la otra parte. Estoy solicitando servicios de localización bajo WAC 388-14A-1040. Para sustentar esta solicitud, debo completar todos los espacios en blanco a continuación.

La última dirección o empleador conocidos de la otra parte: _____

_____

_____

Esta persona (elija una): ☐ está ☐ no está ☐ estuvo en el ejército.

Esta persona (elija una): ☐ está ☐ no está recibiendo algún tipo de beneficio federal.

NOTA: Si usted no provee toda la información requerida, DCS puede denegar su pedido de información.

_____ _____
FECHA MI FIRMA

00099999700000000000000000027360

No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, credo, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.

FG VER: (1.1)