Washington State Department of Social & Health Services

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 número de seguro social con propósitos de imponer cumplimiento de la orden de manutención de niños, según se define en el Título IV-D de la Ley del Seguro Social.

A. INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGENITORES DEL NIÑO

MADRE DEL NIÑO

Nombre (Primer Nombre/Segundo Nombre/Apellido):

Otros nombres usados:

Apartado Postal o dirección residencial:

Ciudad: | Estado: | Código postal:

Número telefónico en Casa: ( ) | Número telefónico para mensajes: ( )

Número de seguro social: | Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado/país):

Raza: | Estatura: | Peso: | Color del pelo: | Color de los ojos:

Idioma Natal (si se requiere correspondencia en un idioma diferente al inglés):

Si está inscrito/a en una tribu indígena, nombre de la tribu:

Vive en una Reserva indígena: ☐ No ☐ Sí

Nombre del último empleador conocido:

Apartado Postal o dirección física del empleador:

Ciudad del empleador: | Estado: | Código postal:

Número de teléfono del empleador: ( )

Nombre del Padre de la madre: | Nombre de soltera de la madre de la madre:

PADRE DEL NIÑO

Nombre (Primer Nombre/Segundo Nombre/Apellido):

Otros nombres usados:

Apartado Postal o dirección residencial:

Ciudad: | Estado: | Código postal:

Número telefónico en Casa: ( ) | Número telefónico para mensajes: ( )

Número de seguro social: | Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado/país):

Raza: | Estatura: | Peso: | Color del pelo: | Color de los ojos:

Idioma Natal (si se requiere correspondencia en un idioma diferente al inglés):

Si está inscrito/a en una tribu indígena, nombre de la tribu:

Vive en una Reserva indígena: ☐ No ☐ Sí

Nombre del último empleador conocido:

Apartado Postal o dirección física del empleador:

Ciudad del empleador: | Estado: | Código postal:

Número de teléfono del empleador: ( )

Nombre del Padre del padre: | Nombre de soltera de la madre del padre:

B. RESIDENCIA DEL NIÑO

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

C. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL NIÑO NO VIVE CON LA MADRE O EL PADRE

Su nombre: | Su Apartado Postal o domicilio residencial:

Su número de seguro social: | Su ciudad: | Su estado: | Su código postal:

Su número telefónico: | Su Parentesco/Relación con los niños:

D. INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES DESEA OBTENER MANUTENCIÓN

Liste sólo los niños de los progenitores que se indican en la página 1 y que viven en su hogar. Use otra hoja si es necesario.

Nombre del niño (Primer Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un Afidávit de paternidad? ☐ No ☐ Sí
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado/país):		
¿Se embarazó la madre de este niño en el estado de Washington? ☐ No ☐ Sí	Si no, indique dónde (condado/estado):		
¿Existe una orden de manutención para este niño? ☐ No ☐ Sí	Si existe, indique la fecha de la orden (mes/día/año):	Si es así, lugar donde se expidió la orden (condado/estado/tribu):	

Nombre del niño (Primer Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un Afidávit de paternidad? ☐ No ☐ Sí
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado/país):		
¿Se embarazó la madre de este niño en el estado de Washington? ☐ No ☐ Sí	Si no, indique dónde (condado/estado):		
¿Existe una orden de manutención para este niño? ☐ No ☐ Sí	Si existe, indique la fecha de la orden (mes/día/año):	Si es así, lugar donde se expidió la orden (condado/estado/tribu):	

Nombre del niño (Primer Nombre/Segundo Nombre/Apellido):	Sexo:	Número de seguro social:	¿Firmó el padre un Afidávit de paternidad? ☐ No ☐ Sí
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado/país):		
¿Se embarazó la madre de este niño en el estado de Washington? ☐ No ☐ Sí	Si no, indique dónde (condado/estado):		
¿Existe una orden de manutención para este niño? ☐ No ☐ Sí	Si existe, indique la fecha de la orden (mes/día/año):	Si es así, lugar donde se expidió la orden (condado/estado/tribu):	

E. INFORMACIÓN SOBRE EL MATRIMONIO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS NOMBRADOS ARRIBA

Fecha del 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 ASISTENCIA PÚBLICA Y PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

¿Alguna vez ha recibido, usted o alguno de los niños mencionados arriba, asistencia pública en otro estado? ☐ No ☐ Sí

Si la ha recibido, indique dónde (condados/estados):	Si la ha recibido, indique cuándo (meses/años):

Si hay una o más órdenes de manutención para los niños indicados arriba y alguna vez recibió pagos para la manutención de estos niños, ¿cuál es la cantidad total que recibió? $ _____. **Por favor adjunte copias de todas las órdenes de manutención.**

G. DECLARACIÓN

Estoy de acuerdo con notificar inmediatamente a la División Manutención para Niños, por escrito, de toda información nueva o modificada que se relacione con el recaudo de manutención de niños del progenitor responsable de dicho pago.

Yo certifico o declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo antedicho es verdadero y correcto.

Firmado en_____, Washington.

Firma:	Fecha:

No se discriminará en contra de ninguna persona por causa de raza, color, origen nacional, credo, religión, sexo, edad o discapacidad para los efectos de empleo, servicios ni ningún otro aspecto de las actividades del programa. Este formulario se encuentra en formatos alternativos cuando se solicita.