

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE MANUTENCIÓN PARA NIÑOS POR EL PADRE SIN CUSTODIA Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

Responda cada pregunta de la manera más completa posible. A excepción de su firma, escriba con letra de imprenta o a máquina todas las respuestas. Sólo use tinta azul o negra. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta, escriba "UNK" en el espacio. Si necesita más espacio para responder cualquier pregunta, use otra hoja y adjúntela a este formulario. La División de Manutención para Niños (DCS) usará los números del seguro social para hacer cumplir el pago de la manutención para niños según se define en el Título IV-D de la Ley del Seguro Social.

I. Su información personal

1. NOMBRE COMPLETO APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
5. OTROS NOMBRES QUE USE					
6. ORIGEN ÉTNICO	7. ALTURA	8. PESO	9. COLOR DE CABELLO	10. COLOR DE OJOS	
11. Si necesita recibir correspondencia en un idioma distinto al inglés, indique el idioma:					
12. LUGAR DE NACIMIENTO		CIUDAD		ESTADO PAÍS	
13. ¿Es usted miembro de una tribu indígena? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, ¿de cuál tribu?					
14. ¿Vive en una reservación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo ¿en qué reservación?					
15. DIRECCIÓN POSTAL: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
16. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE (Si es diferente a la dirección postal)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
17. NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA ()		18. NÚMERO DE TELÉFONO PARA DEJAR MENSAJES/CELULAR ()		19. NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO ()	
20. NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE: APELLIDO (incluso si ya falleció)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
21. NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE: APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
22. DIRECCIÓN DE LA MADRE: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
23. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: APELLIDO (incluso si ya falleció)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
24. DIRECCIÓN DEL PADRE: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
25. ¿Es usted miembro del ejército de reserva? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 26-28. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 29.					
26. RAMA DE SERVICIO		27. <input type="checkbox"/> RESERVAS <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL		28. ESTACIÓN ASIGNADA	
Enumere la siguiente información sobre parientes, amigos o lugares en donde DCS pueda comunicarse con usted:					
29. NOMBRE		30. CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE: CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			
31. NÚMERO DE TELÉFONO		32. RELACIÓN			
33. NOMBRE		34. CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE: CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			
35. NÚMERO DE TELÉFONO		36. RELACIÓN			

II. Información sobre su empleo y sindicato

Para ayudar a DCS a procesar su solicitud, por favor adjunte copias de sus tres últimos recibos de pago o registros de pago.

1. ¿Es usted empleado por cuenta propia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5.		
2. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		3. <input type="checkbox"/> DUEÑO ÚNICO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> EMPRESA
4. DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
5. NOMBRE DEL EMPLEADOR		<input type="checkbox"/> EMPLEADOR DURANTE TODO EL AÑO <input type="checkbox"/> EMPLEADOR TEMPORAL
6. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		
7. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	8. DÍAS DE LA SEMANA QUE TRABAJA	9. HORARIO DE TRABAJO
10. <input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA <input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UNA COMPAÑÍA PROPIEDAD DE INDÍGENAS UBICADA EN UNA RESERVACIÓN <input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UN NEGOCIO PROPIEDAD DE INDÍGENAS <input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR NO ESTÁ RELACIONADO CON UNA TRIBU INDÍGENA		
11. ¿Pertenece a un sindicato obrero? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 12-14. Si la respuesta es no, vaya a la Sección III.		
12. NOMBRE DEL SINDICATO		13. NÚMERO LOCAL
14. DIRECCIÓN DEL SINDICATO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		

III. Información sobre su seguro médico

1. ¿Tiene usted un seguro médico a través de su empleador, sindicato o Servicios Indígenas de Salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 2-7. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 8.			
2. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		3. NÚMERO DE PÓLIZA	4. NÚMERO DE GRUPO
5. DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			
6. TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> MÉDICO ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/> MÉDICO Y DENTAL <input type="checkbox"/> DENTAL ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/> OTRO (INDIQUE CUÁL): _____		7. FECHA DE VIGENCIA	
8. ¿Tiene algún otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 9-14. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 15.			
9. NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO		10. NÚMERO DE PÓLIZA	11. NÚMERO DE GRUPO
12. DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			
13. TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> MÉDICO ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/> MÉDICO Y DENTAL <input type="checkbox"/> DENTAL ÚNICAMENTE <input type="checkbox"/> OTRO (INDIQUE CUÁL): _____		14. FECHA DE VIGENCIA	
15. Su seguro médico cubre a alguno de los niños involucrados en este caso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 16 y 17. Si la respuesta es no, vaya a la Sección IV.			
16. PRIMA MENSUAL DE SEGURO PARA CUBRIR A CADA NIÑO \$		17. PRIMA TOTAL MENSUAL PARA CUBRIR A LOS NIÑOS \$	

IV. Su información financiera

1. INGRESO O GANANCIAS MENSUALES BRUTAS \$	2. INGRESO GANANCIAS MENSUALES NETAS \$	3. PERIODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL _____	
4. NOMBRE DEL BANCO		5. SUCURSAL DEL BANCO	
6. DIRECCIÓN DEL BANCO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL			

FG VER: (1.1)

IV. Su información financiera (cont.)

7. ¿Recibe beneficios por jubilación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, ¿de quién?	
Si recibe beneficios de jubilación militar , responda las preguntas 8 y 9. Si no, pase a la pregunta 10.	
8. SU RANGO AL RETIRARSE	9. RAMA DE SERVICIO
10. ¿Recibe beneficios por indemnización del trabajador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 11 y 12. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 13.	
11. ¿QUIÉN PAGA LOS BENEFICIOS?	12. NÚMERO DE RECLAMACIÓN
13. ¿Tiene otro ingreso además de su salario o paga? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, enumere las fuentes.	
14. ¿Tiene alguna propiedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 15 y 16. Si la respuesta es no, vaya a la Sección V.	
15. UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD	16. TIPO DE PROPIEDAD (BIENES INMUEBLES, BARCO, AUTO, ETC.)

V. Información sobre su matrimonio, paternidad y orden de manutención para niños

Adjunte copias de todas las declaraciones de paternidad, órdenes judiciales, órdenes administrativas y acuerdos de manutención para niños escritos.

1. ¿Estuvo casada/o con el padre /la madre de sus hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 10.		
2. FECHA DE CASAMIENTO	3. LUGAR DE CASAMIENTO: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS	
4. ¿Está usted divorciada/o de la madre/padre de sus hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 5 y 6. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 7.		
5. FECHA DEL DIVORCIO	6. LUGAR DE DIVORCIO: CIUDAD CONDADO ESTADO O TRIBU PAÍS	
7. ¿Está usted separada/o (no divorciada/o) de la madre/padre de sus hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 8 y 9. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 10.		
8. FECHA DE SEPARACIÓN	9. LUGAR DE LA SEPARACIÓN: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS	
10. Si nunca se casó con el padre/la madre de sus hijos, ¿la orden judicial tribal o estatal mencionan al padre de los niños? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 11-13. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 14.		
11. FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA ORDEN	12. LUGAR DE PRESENTACIÓN DE LA ORDEN: CIUDAD CONDADO ESTADO O TRIBU PAÍS	
13. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		
14. ¿Firmó una declaración de paternidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 15-16. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 17.		
15. FECHA EN QUE FUE FIRMADA	16. LUGAR DE PRESENTACIÓN: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS	
17. NOMBRE DEL ESTADO O RESERVA TRIBAL EN DONDE FUERON CONCEBIDOS LOS NIÑOS.		
18. ¿Tiene otras órdenes de manutención para niños? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 19-21. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 22.		
19. FECHA DE PRESENTACIÓN	20. NÚMERO DE CAUSA (SI LO CONOCE)	21. LUGAR DE PRESENTACIÓN: CONDADO ESTADO O TRIBU PAÍS
22. ¿Paga actualmente mantenimiento conyugal (pensión alimenticia)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 23 y 24. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 25.		
23. FECHAS DE PAGO	24. NOMBRE LA(S) PERSONA(S) PAGADA(S)	

V. Información sobre su matrimonio, paternidad y orden de manutención para niños (cont.)

25. ¿Alguna vez ha pagado manutención para niños a alguna otra agencia estatal o tribal de manutención para niños?
 No Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 26 y 27. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 28.

26. FECHAS DE PAGO

27. NOMBRE DE LA AGENCIA

28. ¿Alguna vez ha pagado manutención para niños mediante un funcionario de la corte? No Sí.
 Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 29 y 30. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 31.

29. FECHAS DE PAGO

30. LUGAR DE PAGO: CONDADO

ESTADO O TRIBU

31. Describa todos los acuerdos verbales y escritos que tenga con el otro padre que afecten el monto de la manutención para el

VI. Información personal sobre el otro padre

Esta sección es para información sobre el otro padre de los niños mencionados en esta solicitud.

1. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE 2. FECHA DE NACIMIENTO 3. SEXO 4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

5. OTROS NOMBRES USADOS

6. Si el otro padre necesita recibir correspondencia en un idioma diferente al inglés, indique el idioma:

7. LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD ESTADO PAÍS

8. ¿El otro padre es miembro de una tribu indígena? No En caso afirmativo, ¿de cuál tribu?

9. ¿El otro padre vive en una reservación? No Sí. En caso afirmativo ¿en qué reservación?

10. DIRECCIÓN POSTAL: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

11. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
 (Si es diferente a la dirección postal)

12. NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA
 ()

13. NÚMERO DE TELÉFONO PARA DEJAR MENSAJES/CELULAR
 ()

14. NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO
 ()

VII. Información sobre el empleo e ingresos del otro padre

1. ¿El otro padre es empleado por cuenta propia? No Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. Si la

2. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

3. DUEÑO ÚNICO SOCIEDAD EMPRESA

4. DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

5. NOMBRE DEL EMPLEADOR

6. EMPLEADOR DURANTE TODO EL EMPLEADOR TEMPORAL

7. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

8. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR
 ()

9. DÍAS DE LA SEMANA EN QUE TRABAJA

10. HORARIO DE TRABAJO

FG VER: (1.1)

VII. Información sobre el empleo e ingresos del otro padre (cont.)

11. <input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA		<input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UNA COMPAÑÍA PROPIEDAD DE INDÍGENAS UBICADA EN UNA RESERVA		EMPLOYER IS AN INDIAN-OWNED BUSINESS	
<input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR ES UN NEGOCIO PROPIEDAD DE INDÍGENAS		<input type="checkbox"/> EL EMPLEADOR NO ESTÁ RELACIONADO CON UNA TRIBU INDÍGENA			
12. INGRESOS MENSUALES BRUTOS \$	13. INGRESOS MENSUALES NETOS \$	14. PERIODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____			

VIII. Información sobre los niños de este caso

1. Enumere a todos los niños que viven en el hogar del otro padre para los que usted tenga un requerimiento de pago de manutención para niños o para los que desee que se establezca un requerimiento de manutención para niños.

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	
A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE		B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO			
G. TRIBU			H. ¿CUBIERTO POR SU SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí	

2. ¿Algún otro estado (distinto al Estado de Washington) o tribu ha otorgado alguna vez asistencia pública a los niños arriba mencionados?
 No Sí. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas 3 y 4. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5.

3. FECHA EN QUE FUE OTORGADO (MÁS RECIENTE)	4. LUGAR EN QUE FUE OTORGADO (MÁS RECIENTE): CONDADO ESTADO O TRIBU
---	--

5. ¿Los niños vivían en más de una casa mientras usted tenía un requerimiento para pagar manutención para niños?
 No Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 6-11. Si la respuesta es no, vaya a la Sección IX.

6. NOMBRE DEL TUTOR DE ESE HOGAR	7. UBICACIÓN: CIUDAD ESTADO	8. FECHAS EN LAS QUE ESTUVO EN ESE HOGAR
9. NOMBRE DEL TUTOR DE ESE HOGAR	10. UBICACIÓN: CIUDAD ESTADO	11. FECHAS EN LAS QUE ESTUVO EN ESE HOGAR

IX. Manutención para niños que pagó por los niños mencionados en este formulario

Enumere todos los pagos por manutención para niños que pagó por los niños involucrados en este caso durante los últimos 10 años. DCS puede pedirle que pruebe que hizo esos pagos.

Año/Mes					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

Año/Mes					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

X. Certificación

Si desea que DCS haga cumplir las obligaciones de apoyo médico del otro padre, seleccione el tipo de ejecución de servicios médicos que desea.

- Deseo que DCS le pida al otro padre que proporcione cobertura de seguro médico para los niños o pagar parte de los costos de la prima del seguro médico en los que estoy incurriendo en el monto señalado en la orden.
- Deseo que DCS le cobre al otro padre su parte de los gastos médicos no asegurados (incluyendo copagos, deducibles y primas según se definen en WAC 388-14A-1020) que he pagado en nombre de los niños.

Estoy solicitando servicios de ejecución de manutención para niños. Comprendo que DCS trata de cobrar las deudas de manutención para niños que no están prohibidas por el estatuto de limitaciones. Sé que esta petición registra mi orden de manutención de niños ante el Washington State Support Registry (WSSR). Comprendo que la información que proporcione puede ser usada por el Estado de Washington para establecer, aplicar o modificar la manutención para mi hijo.

Acepto informar a DCS cuando cambie de dirección o empleador y sobre otros sucesos que pudieran cambiar el monto del pago por manutención para niños.

Acepto enviar todos los pagos de manutención para niños a DCS. Comprendo que DCS sólo acredita los pagos que yo envíe a WSSR, a una corte o agencia estatal de manutención para niños, o a una corte o agencia tribal de manutención para niños. Comprendo que DCS no me acreditará ningún pago que se envíe directamente al padre que tiene la custodia.

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del estado de Washington, que:

1. Todas las declaraciones que proporciono en este formulario son verdaderas y correctas.
2. No estoy solicitando o recibiendo servicios de ejecución de manutención para niños de otro estado.

FECHA

FIRMA

Devuelva este formulario completo a: DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
Los servicios de TTY/TDD están disponibles para las personas con discapacidad auditiva o del habla. Visite nuestro sitio web en: www.dshs.wa.gov/dcs

No se discriminará en contra de ninguna persona en cuanto a 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.

