

Verificación de cuidado de niños Child Care Verification

PARA:

NÚMERO DE CASO:

La División de Manutención para Niños (DCS) necesita verificación de sus gastos en cuidado de niños para el periodo _____ . Pida a su proveedor de cuidado de niños que complete una **Respuesta de verificación de cuidado de niños** (página 2 de este formulario) por cada niño nombrado a continuación. Luego, debe firmar y colocar la fecha en cada formulario de respuesta, adjuntar el comprobante de pago del cuidado provisto y devolverlo a DCS a la dirección indicada a continuación. El comprobante de pago pueden ser recibos o copias de cheques cancelados. Devuelva el/los formulario(s) completo(s) a más tardar el _____ .

Nombres de los niños

FECHA

REPRESENTANTE AUTORIZADO
DIVISION OF CHILD SUPPORT

Devolver el/los formulario(s) de respuesta completo(s) a:
DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

Dentro _____ área de llamadas _____

Fuera _____ área de llamadas _____

Los servicios TTY/TDD están disponibles para las personas con discapacidad auditiva o del habla.
Visite nuestro sitio web en: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

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.

Respuesta de verificación de cuidado de niños Child Care Verification Response

Complete un formulario separado por cada niño nombrado en la página 1.

| Número de caso DCS | | | |
|--|---|--|-------------------|
| Nombre y dirección del proveedor de cuidado de niños | | | |
| Número de teléfono del proveedor de cuidado de niños (incluya código de área) () | | | |
| Nombre del niño: | | | |
| Recibo \$ _____ al _____ por este niño. De este monto, recibo \$ _____ subsidio del estado de Washington u otra agencia estatal o gubernamental al mes por este niño. | | | |
| Ingrese los montos que recibió del custodio que el estado de Washington o cualquier otra agencia estatal o gubernamental no subsidió. Esta página tiene espacio para 12 meses de pagos. Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias. | | | |
| Monto | Periodo (mes/año) | Monto | Periodo (mes/año) |
| \$ | | \$ | |
| \$ | | \$ | |
| \$ | | \$ | |
| \$ | | \$ | |
| \$ | | \$ | |
| \$ | | \$ | |
| Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto. Entiendo que DCS usará la información que he proporcionado para fines de manutención para niños y que será parte de los registros públicos. DCS puede divulgar la información al padre sin custodia a solicitud por escrito a DCS y conforme a la política de divulgación pública. | | | |
| Fecha | Firma del proveedor de cuidado de niños | Nombre impreso del proveedor de cuidado de niños | |
| Fecha | Firma del padre/custodio | Nombre impreso del padre/custodio | |