



## 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?  No  Sí. En caso afirmativo, ¿de cuál tribu?

14. ¿Vive en una reservación?  No  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: (incluso si ya falleció)	APELLIDO	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: (incluso si ya falleció)	APELLIDO	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?  No  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?  No  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.  DUEÑO ÚNICO  
 SOCIEDAD  
 EMPRESA

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

5. NOMBRE DEL EMPLEADOR

EMPLEADOR DURANTE TODO EL AÑO  
 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.  EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA

EL EMPLEADOR ES UNA COMPAÑÍA PROPIEDAD DE INDÍGENAS UBICADA EN UNA RESERVACIÓN

EL EMPLEADOR ES UN NEGOCIO PROPIEDAD DE INDÍGENAS

EL EMPLEADOR NO ESTÁ RELACIONADO CON UNA TRIBU INDÍGENA

11. ¿Pertenece a un sindicato obrero?  No  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?  No  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:  MÉDICO ÚNICAMENTE  MÉDICO Y DENTAL  
 DENTAL ÚNICAMENTE  OTRO (INDIQUE CUÁL): \_\_\_\_\_

7. FECHA DE VIGENCIA

8. ¿Tiene algún otro seguro médico?  No  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:  MÉDICO ÚNICAMENTE  MÉDICO Y DENTAL  
 DENTAL ÚNICAMENTE  OTRO (INDIQUE CUÁL): \_\_\_\_\_

14. FECHA DE VIGENCIA.

15. ¿Su seguro médico cubre a alguno de los niños involucrados en este caso?  No  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:  SEMANAL  BIMENSUAL  
 MENSUAL  OTRO (INDICAR) \_\_\_\_\_

4. NOMBRE DEL BANCO

5. SUCURSAL DEL BANCO

6. DIRECCIÓN DEL BANCO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

<b>IV. Su información financiera (cont.)</b>			
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 <b>militar</b> , 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.)	
<b>V. Información sobre su matrimonio, paternidad y orden de manutención para niños</b>			
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 niño.

---



---



---



---

**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  Sí. 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 respuesta es no, pase a la pregunta 5.

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

98. DÍAS DE LA SEMANA EN QUE TRABAJA

10. HORARIO DE TRABAJO

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

11.  EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA  EL EMPLEADOR ES UNA COMPAÑÍA PROPIEDAD DE INDÍGENAS UBICADA EN UNA RESERVACIÓN  
 EL EMPLEADOR ES UN NEGOCIO PROPIEDAD DE INDÍGENAS  EL EMPLEADOR NO ESTÁ RELACIONADO CON UNA TRIBU INDÍGENA

12. INGRESOS MENSUALES BRUTOS \$      13. INGRESOS MENSUALES NETOS \$      14. PERIODO DE PAGO:  SEMANAL  BIMENSUAL  
 MENSUAL  OTRO (INDICAR) \_\_\_\_\_

**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	
2. ¿Algún otro estado (distinto al Estado de Washington) o tribu ha otorgado alguna vez asistencia pública a los niños arriba mencionados? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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](http://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.