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

Instrucciones para identificación de pagos de empleadores

Employer Payment Identification Instructions

No utilice este formulario si participa en el programa de transferencia electrónica de fondos.

La División de Manutención para Niños (DCS) necesita información específica para cada empleado que esté cubierto por su pago. La información ayuda al DCS a procesar los pagos. Por favor proporcione la siguiente información para cada empleado cubierto por su pago *(puede usar el formulario en la parte inferior de esta página):*

1. Nombre completo del empleado.
2. Número de seguro social o número de cuenta del empleado.
3. Fecha de pago del empleado.
4. Monto total retenido de los ingresos del empleado y enviado al Registro de Manutención de Menores del Estado de Washington.

Si tiene alguna pregunta acerca de pagos, llame a la DCS al 800-628-3795 o visite nuestro sitio web en: https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/payments

Si desea información sobre cómo hacer pagos con transferencia electrónica de fondos, llame al 360-664-5103 (dentro del área de llamadas de Olympia) o al 800-468-7422 (fuera del área de llamadas de Olympia).

Envíe todos los pagos a: WASHINGTON STATE SUPPORT REGISTRY
PO BOX 45868
OLYMPIA WA 98504-5868

Identificador de pago del empleado
(Puede duplicar este formulario para empleados adicionales y para pagos futuros).

NOMBRE DE SU EMPRESA:	
(TELÉFONO DE SU EMPRESA (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA) : ( )	
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	FECHA DE PAGO DEL EMPLEADO:
NO. DE SEGURO SOCIAL O NO. DE CUENTA DEL EMPLEADO:	MONTO RETENIDO:
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	FECHA DE PAGO DEL EMPLEADO:
NO. DE SEGURO SOCIAL O NO. DE CUENTA DEL EMPLEADO:	MONTO RETENIDO:
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	FECHA DE PAGO DEL EMPLEADO:
NO. DE SEGURO SOCIAL O NO. DE CUENTA DEL EMPLEADO:	MONTO RETENIDO:
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	FECHA DE PAGO DEL EMPLEADO:
NO. DE SEGURO SOCIAL O NO. DE CUENTA DEL EMPLEADO:	MONTO RETENIDO:
NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO:	FECHA DE PAGO DEL EMPLEADO:
NO. DE SEGURO SOCIAL O NO. DE CUENTA DEL EMPLEADO:	MONTO RETENIDO: