

Demande d'exécution de la pension alimentaire pour le parent n'ayant pas la garde

Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

Veillez répondre à chaque question de la manière la plus complète possible. Sauf pour votre signature, veuillez entrer toutes les réponses en caractères d'imprimerie à l'encre bleue ou noire uniquement. Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, écrivez « UNK » en caractères d'imprimerie dans l'espace. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une feuille séparée et joignez-la à ce formulaire. La Division des pensions alimentaires utilisera les numéros d'assurance sociale pour faire appliquer l'ordonnance de pension alimentaire, conformément au Titre IV-D de la loi sur la sécurité sociale (Social Security Act).

I. Vos informations personnelles

| | | | | | | |
|----------------|----------------|--------|-----------------|----------------------|---------|-------------------------------|
| 1. NOM COMPLET | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | DEUXIÈME PRÉNOM | 2. DATE DE NAISSANCE | 3. SEXE | 4. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
|----------------|----------------|--------|-----------------|----------------------|---------|-------------------------------|

5. AUTRES NOMS UTILISÉS

| | | | | |
|---------------------|-----------|----------|------------------------|----------------------|
| 6. ORIGINE ETHNIQUE | 7. TAILLE | 8. POIDS | 9. COULEUR DES CHEVEUX | 10. COULEUR DES YEUX |
|---------------------|-----------|----------|------------------------|----------------------|

11. Si vous avez besoin de recevoir toute correspondance dans une autre langue que l'anglais, indiquez la langue :

| | | |
|-------------------------------|------|------|
| 12. LIEU DE NAISSANCE : VILLE | ÉTAT | PAYS |
|-------------------------------|------|------|

13. Êtes-vous membre d'une tribu amérindienne? Non Oui. Si oui, quelle tribu?

14. Habitez-vous sur une réserve? Non Oui. Si oui, quelle réserve?

| | | | |
|--|-------|------|-------------|
| 15. ADRESSE POSTALE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE | VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL |
|--|-------|------|-------------|

| | | | |
|---|-------|------|-------------|
| 16. ADRESSE DE RÉSIDENCE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE (Si différente de l'adresse postale) | VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL |
|---|-------|------|-------------|

| | | |
|---|---|---|
| 17. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE () | 18. MESSAGE / NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE () | 19. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE () |
|---|---|---|

| | | | |
|---|----------------|--------|-----------------|
| 20. NOM COMPLET DE LA MÈRE : (à indiquer même en cas de décès) | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | DEUXIÈME PRÉNOM |
|---|----------------|--------|-----------------|

| | | | |
|-------------------------------------|----------------|--------|-----------------|
| 21. NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE : | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | DEUXIÈME PRÉNOM |
|-------------------------------------|----------------|--------|-----------------|

| | | | |
|---|-------|------|-------------|
| 22. ADRESSE DE LA MÈRE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE | VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL |
|---|-------|------|-------------|

| | | | |
|--|----------------|--------|-----------------|
| 23. NOM COMPLET DU PÈRE : (à indiquer même en cas de décès) | NOM DE FAMILLE | PRÉNOM | DEUXIÈME PRÉNOM |
|--|----------------|--------|-----------------|

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-------|------|-------------|
| 24. ADRESSE DU PÈRE : | CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE | VILLE | ÉTAT | CODE POSTAL |
|-----------------------|------------------------------------|-------|------|-------------|

25. Êtes-vous membre des forces de réserve militaire? Non Oui. Si oui, répondez aux questions 26 à 28.
Sinon, passez à la question 29.

| | | |
|------------------------------------|---|------------------------|
| 26. DIRECTION GÉNÉRALE DE SERVICES | 27. <input type="checkbox"/> RÉSERVES <input type="checkbox"/> GARDE NATIONALE | 28. LIEU D'AFFECTATION |
|------------------------------------|---|------------------------|

Veillez fournir les renseignements suivants sur les parents, amis et endroits où la Division des pensions alimentaires

| | |
|---------|---|
| 29. NOM | 30. CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE : VILLE ÉTAT CODE POSTAL |
|---------|---|

| | |
|-------------------------|------------------------|
| 31. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | 32. RELATION AVEC VOUS |
|-------------------------|------------------------|

| | |
|---------|---|
| 33. NOM | 34. CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE : VILLE ÉTAT CODE POSTAL |
|---------|---|

| | |
|-------------------------|------------------------|
| 35. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | 36. RELATION AVEC VOUS |
|-------------------------|------------------------|

II. Renseignements sur votre situation d'emploi et votre syndicat

Pour aider la Division des pensions alimentaires à traiter votre demande, veuillez joindre des copies de vos trois derniers talons de paie ou dossiers de paie.

1. Êtes-vous travailleur autonome? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 2 à 4. Sinon, passez à la question 5.

2. NOM D'ENTREPRISE

3. PROPRIÉTAIRE UNIQUE
 CORPORATION
 PARTENARIAT

4. ADRESSE D'ENTREPRISE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

5. NOM DE L'EMPLOYEUR

EMPLOYEUR QUATRE SAISONS
 EMPLOYEUR SAISONNIER

6. ADRESSE DE L'ENTREPRISE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

7. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR

8. JOURS DE LA SEMAINE OÙ VOUS TRAVAILLEZ

9. HEURES DE TRAVAIL

10. L'EMPLOYEUR EST UNE TRIBU AMÉRINDIENNE L'EMPLOYEUR EST UNE ENTREPRISE APPARTENANT À DES AMÉRINDIENS ET SITUÉE SUR UNE RÉSERVE
 L'EMPLOYEUR EST UNE ENTREPRISE APPARTENANT À UNE TRIBU L'EMPLOYEUR N'A AUCUN LIEN AVEC UNE TRIBU AMÉRINDIENNE

11. Êtes-vous membre d'un syndicat? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 12 à 14. Sinon, passez à la Section III.

12. NOM DU SYNDICAT

13. NUMÉRO DE LA SECTION LOCALE

14. ADRESSE DU SYNDICAT : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

III. Renseignements concernant l'assurance maladie

1. Est-ce qu'une assurance maladie vous est offerte par votre employeur, par votre syndicat ou par les Services de soins de santé pour Amérindiens? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 2 à 7. Sinon, passez à la question 8.

2. NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

3. NUMÉRO DE POLICE

4. NUMÉRO DE GROUPE

5. ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

6. TYPE DE COUVERTURE : MÉDICALE SEULEMENT MÉDICALE ET DENTAIRE
 DENTAIRE SEULEMENT AUTRE (INDIQUER) : _____

7. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

8. Avez-vous une autre assurance maladie? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 9 à 14. Sinon, passez à la question 15.

9. NOM DE L'AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE

10. NUMÉRO DE POLICE

11. NUMÉRO DE GROUPE

12. ADRESSE DE L'AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

13. TYPE DE COUVERTURE : MÉDICALE SEULEMENT MÉDICALE ET DENTAIRE
 DENTAIRE SEULEMENT AUTRE (INDIQUER) : _____

14. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

15. Votre assurance maladie couvre-t-elle les enfants impliqués dans ce dossier? Non Oui.

Si oui, veuillez répondre aux questions 16 à 17. Sinon, passez à la Section IV.

16. PRIME D'ASSURANCE MENSUELLE POUR COUVRIR CHAQUE ENFANT
\$

17. PRIME D'ASSURANCE MENSUELLE TOTALE POUR COUVRIR CHAQUE ENFANT
\$

IV. Vos renseignements financiers

1. GAINS OU REVENU MENSUELS BRUTS
\$

2. GAINS OU REVENU MENSUELS NETS
\$

3. PÉRIODE DE PAIE : HEDBOMADAIRE BIMENSUEL
 MENSUEL AUTRE : _____

4. NOM DE LA BANQUE

5. SUCCURSALE DE LA BANQUE

6. ADRESSE DE LA BANQUE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE VILLE ÉTAT CODE POSTAL

IV. Vos renseignements financiers (suite)

7. Recevez-vous des prestations de retraite? Non Oui. Si oui, de qui?

Si vous recevez des prestations de retraite **militaires**, répondez aux questions 8 à 9. Sinon, passez à la question 10.

8. VOTRE RANG AU MOMENT DE VOTRE RETRAITE

9. DIRECTION GÉNÉRALE DE SERVICES

10. Recevez-vous des indemnités d'accident du travail? Non Oui.

Si oui, répondez aux questions 11 à 12. Sinon, passez à la question 13.

11. QUI PAIE LES INDEMNITÉS?

12. NUMÉRO DE RÉCLAMATION

13. Avez-vous un revenu autre qu'un salaire? Non Oui. Si oui, indiquez la source.

14. Êtes-vous propriétaire? Non Oui. Si oui, répondez aux questions 15 à 16. Sinon, passez à la Section V.

15. EMBLEMMENT DE LA PROPRIÉTÉ

16. TYPE DE PROPRIÉTÉ (IMMOBILIER, BATEAU, VOITURE, ETC.)

V. Renseignements sur votre mariage, votre paternité et votre ordonnance de pensions alimentaires

Joignez des copies de tous les affidavits de paternité, ordonnances de tribunal, ordonnances administratives et ententes de pension alimentaire écrites.

1. Étiez-vous marié(e) à l'autre parent de vos enfants? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 2 à 4. Sinon, passez à la question 10.

2. DATE DU MARIAGE

3. LIEU DU MARIAGE : VILLE

COMTÉ

ÉTAT

PAYS

4. Êtes-vous aujourd'hui divorcé(e) de l'autre parent de vos enfants? Non Oui.

Si oui, répondez aux questions 5 à 6. Sinon, passez à la question 7.

5. DATE DU DIVORCE

6. LIEU DU DIVORCE : VILLE

COMTÉ

ÉTAT OU TRIBU

PAYS

7. Êtes-vous aujourd'hui séparé(e) (pas divorcée(e)) de l'autre parent de vos enfants? Non Oui.

Si oui, répondez aux questions 8 à 9. Sinon, passez à la question 10.

8. DATE DE LA SÉPARATION

9. LIEU DE LA SÉPARATION VILLE

COMTÉ

ÉTAT

PAYS

10. Si vous étiez marié(e) à l'autre parent de vos enfants, y a-t-il une ordonnance de tribunal d'État ou tribal qui nom le père de l'enfant? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 11 à 13. Sinon, passez à la question 14.

11. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ORDONNANCE

12. LIEU D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ORDONNANCE VILLE

COMTÉ

ÉTAT OU TRIBU

PAYS

13. NOM COMPLET DU PÈRE :

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

DEUXIÈME PRÉNOM

14. Avez-vous signé un affidavit de paternité? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 15 à 16. Sinon, passez à la question 17.

15. DATE DE LA SIGNATURE

16. LIEU DU DÉPÔT VILLE

COMTÉ

ÉTAT

PAYS

17. NOM DE L'ÉTAT OU DE LA RÉSERVE TRIBALE OÙ LES ENFANTS ONT ÉTÉ CONÇUS

18. Avez-vous d'autres ordonnances de pension alimentaire? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 19 à 21. Sinon, passez à la question 22.

19. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

20. NUMÉRO DE CAUSE (SI CONNU)

21. LIEU DE DÉPÔT :

COMTÉ

ÉTAT OU TRIBU

PAYS

22. Payez-vous une pension alimentaire matrimoniale? Non Oui. Si oui, répondez aux questions 23 à 24. Sinon, passez à la question 25.

23. DATES DE PAIEMENT

24. NOM DE OU DES BÉNÉFICIAIRES

V. Renseignements sur votre mariage, votre paternité et votre ordonnance de pensions alimentaires (suite)

25. Avez-vous déjà payer une pension alimentaire à une autre agence de pensions alimentaires d'État ou de tribu? Non Oui.
Si oui, répondez aux questions 26 à 27. Sinon, passez à la question 28.

26. DATES DE PAIEMENT

27. NOM DE L'AGENCE

28. Avez-vous déjà payé une pension alimentaire par un greffier du tribunal? Non Oui.

Si oui, répondez aux questions 29 à 30. Sinon, passez à la question 31.

29. DATES DE PAIEMENT

30. LIEU DU PAIEMENT :

COMTÉ

31. Décrivez toutes les ententes verbales et écrites que vous avez avec l'autre parent et qui affectent le montant de la pension alimentaire.

VI. Renseignements personnels sur l'autre parent

Cette section est destinée aux renseignements sur l'autre parent des enfants nommés dans cette demande.

1. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE
PRÉNOM

PRÉNOM

DEUXIÈME

2. DATE DE
NAISSANCE

3. SEXE

4. NUMÉRO D'ASSURANCE
SOCIALE

5. AUTRES NOMS UTILISÉS

6. Si l'autre parent a besoin de recevoir toute correspondance dans une autre langue que l'anglais, indiquez la langue :

7. LIEU DE NAISSANCE : VILLE

ÉTAT

PAYS

8. L'autre parent est-il membre d'une tribu amérindienne? Non Oui. Si oui, quelle tribu?

9. L'autre parent vit-il sur une réserve? Non Oui. Si oui, quelle réserve?

10. ADRESSE POSTALE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTAL

11. ADRESSE DE RÉSIDENCE : CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTAL

(Si différente de l'adresse postale)

12. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE

()

13. MESSAGE / NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

()

14. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

()

VII. Renseignements sur la situation et le revenu de l'autre parent

1. L'autre parent est-il travailleur autonome? Non Oui. Si oui, veuillez répondre aux questions 2 à 4. Sinon, passez à la question 5.

2. NOM D'ENTREPRISE

3. PROPRIÉTAIRE UNIQUE
 CORPORATION
 PARTENARIAT

4. ADRESSE D'ENTREPRISE :

CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTAL

5. NOM DE L'EMPLOYEUR

6. EMPLOYEUR QUATRE SAISONS
 EMPLOYEUR SAISONNIER

7. ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTAL

8. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR

9. JOURS DE TRAVAIL DANS LA SEMAINE

10. HEURES DE TRAVAIL

VII. Renseignements sur la situation et le revenu de l'autre parent (suite)

11. L'EMPLOYEUR EST UNE TRIBU AMÉRINDIENNE L'EMPLOYEUR EST UNE ENTREPRISE APPARTENANT À DES AMÉRINDIENS ET SITUÉE SUR UNE RÉSERVE
 L'EMPLOYEUR EST UNE ENTREPRISE APPARTENANT À UNE TRIBU L'EMPLOYEUR N'A AUCUN LIEN AVEC UNE TRIBU AMÉRINDIENNE

| | | |
|--------------------------------|------------------------------|---|
| 12. GAINS MENSUELS BRUTS \$ | 13. REVENU MENSUEL NET \$ | 14. PÉRIODE DE PAIE : <input type="checkbox"/> HEDBOMADAIRE <input type="checkbox"/> BIMENSUEL <input type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> AUTRE : _____ |
|--------------------------------|------------------------------|---|

VIII. Renseignements sur les enfants impliqués dans ce dossier

1. Indiquez tous les enfants vivant dans le foyer de l'autre parent et pour qui vous êtes tenu de payer une pension alimentaire ou pour lesquels vous souhaitez que des exigences en matière de pension alimentaire soient mises en place.

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |
| A. NOM COMPLET : NOM DE FAMILLE | PRÉNOM DEUXIÈME PRÉNOM | B. DATE DATE DE NAISSANCE | C. SEXE | D. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE |
| E. RELATION AVEC VOUS | | F. LIEU DE NAISSANCE : COMTÉ ÉTAT | | |
| G. TRIBU | | | H. COUVERT PAR VOTRE ASSURANCE MALADIE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | |

2. Une tribu ou un État (autre que l'État de Washington) a-t-il déjà accordé de l'aide publique aux enfants indiqués ci-dessus?
 Non Oui. Si oui, répondez aux questions 3 à 4. Sinon, passez à la question 5.

| | |
|--|--|
| 3. DATE DE L'AIDE ACCORDÉE (LA PLUS RÉCENTE) | 4. LIEU DE L'AIDE ACCORDÉE (LA PLUS RÉCENTE) : COMTÉ ÉTAT OU TRIBU |
|--|--|

5. Les enfants vivaient-ils dans plus d'un foyer alors que vous étiez tenu de payer une pension alimentaire? Non Oui.
 Si oui, veuillez répondre aux questions 6 à 11. Sinon, passez à la Section IX.

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 6. NOM DU GARDIEN DANS LE FOYER | 7. EMPLACEMENT : VILLE ÉTAT | 8. DATES DANS LE FOYER |
| 9. NOM DU GARDIEN DANS LE FOYER | 10. EMPLACEMENT : VILLE ÉTAT | 11. DATES DANS LE FOYER |

IX. Pension alimentaire payée à l'intention des enfants nommés dans ce formulaire

Indiquez tous les paiements de pension alimentaire effectués à l'intention des enfants impliqués dans ce dossier au cours des dix dernières années. La Division des pensions alimentaires vous demande de prouver que vous avez effectué ces paiements.

| Année/Mois | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| Janvier | | | | | |
| Février | | | | | |
| Mars | | | | | |
| Avril | | | | | |
| Mai | | | | | |
| Juin | | | | | |
| Juillet | | | | | |
| Août | | | | | |
| Septembre | | | | | |
| Octobre | | | | | |
| Novembre | | | | | |
| Décembre | | | | | |
| Total | | | | | |

| Année/Mois | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| Janvier | | | | | |
| Février | | | | | |
| Mars | | | | | |
| Avril | | | | | |
| Mai | | | | | |
| Juin | | | | | |
| Juillet | | | | | |
| Août | | | | | |
| Septembre | | | | | |
| Octobre | | | | | |
| Novembre | | | | | |
| Décembre | | | | | |
| Total | | | | | |

X. Certification

Si vous voulez que la Division des pensions alimentaires oblige l'autre parent à remplir ses obligations en matière de soutien médical, sélectionnez le type de services souhaités à cet égard :

- Je veux que la Division des pensions alimentaires exige que l'autre parent fournisse une assurance maladie aux enfants ou paie une partie des coûts de la prime d'assurance maladie que je paie, selon le montant indiqué dans cette ordonnance.
- Je veux que la Division des pensions alimentaires collecte la part des dépenses médicales non couvertes qui revient à l'autre parent (y compris les copaiements, les franchises et les primes, comme définis dans WAC 388-14A-1020) et que j'ai payée au nom de mes enfants.

Je demande des services d'exécution de la pension alimentaire. Je réalise que la Division des pensions alimentaires essaie de collecter les dettes de pensions alimentaires non exclues par la loi sur les limitations. Je sais que cette demande entraîne l'enregistrement de mon ordonnance de pension alimentaire dans le « Washington State Support Registry » (Registre des Pensions Alimentaires de l'État de Washington - WSSR). Je comprends que les renseignements que je fournis puissent être utilisés par l'État de Washington dans le but d'établir, de faire respecter ou de modifier ma pension alimentaire.

J'accepte d'avertir la Division des pensions alimentaires quand je change d'adresse ou d'employeur ainsi que de tout événement pouvant changer le montant de ma pension alimentaire.

J'accepte d'envoyer tous les paiements de pension alimentaire à la Division des pensions alimentaires. Je comprends que la Division des pensions alimentaires ne crédite que les paiements que j'envoie au WSSR, à un tribunal ou à une agence de pensions alimentaires d'État ou à un tribunal ou à une agence de pensions alimentaires de tribu en vue de respecter mes obligations en matière de pension alimentaire. Je comprends que la Division des pensions alimentaires ne me donnera aucun crédit pour quelque paiement que ce soit envoyé directement au parent ayant la garde.

Je déclare, sous peine de parjure et dans le cadre des lois de l'État de Washington, que :

1. Toutes les déclarations faites dans ce formulaire sont vraies et correctes.
2. Je ne demande ni ne reçois de services d'exécution d'une pension alimentaire dans aucun autre État.

DATE

SIGNATURE

Renvoyez le formulaire rempli à : DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
Des services de téléphonie texte (TTY/TDD) sont disponibles pour les personnes souffrant de troubles de la parole ou de l'audition.
Visitez notre site Web à : www.dshs.wa.gov/dcs

Aucune personne ne subira de discrimination en matière d'emploi, de services ou pour tout aspect des activités du programme, en raison de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, ses croyances, sa religion, son sexe, son âge ou son handicap. Le présent formulaire est disponible sur demande en d'autres formats.