

Orientation vers les services de pension alimentaire Child Support Referral

La Division des pensions alimentaires utilisera vos renseignements personnels et votre numéro 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).

Renseignements sur les parents des enfants

Mère des enfants					Père des enfants						
NOM (PRÉNOM/DEUXIÈME PRÉNOM/NOM DE FAMILLE)					NOM (PRÉNOM/DEUXIÈME PRÉNOM/NOM DE FAMILLE)						
AUTRES NOMS UTILISÉS					AUTRES NOMS UTILISÉS						
CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE					CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE						
VILLE		ÉTAT		CODE POSTAL		VILLE		ÉTAT		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE DOMICILE ()		MESSAGERIE TÉLÉPHONIQUE ()		TÉLÉPHONE CELLULAIRE ()		TÉLÉPHONE DOMICILE ()		MESSAGERIE TÉLÉPHONIQUE ()		TÉLÉPHONE CELLULAIRE ()	
ADRESSE COURRIEL					ADRESSE COURRIEL						
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE		DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)			NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE		DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)				
LIEU DE NAISSANCE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT/PAYS)					LIEU DE NAISSANCE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT/PAYS)						
RACE	TAILLE	POIDS	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DES YEUX	RACE	TAILLE	POIDS	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DES YEUX		
LANGUE NATALE (SI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE DANS UNE AUTRE LANGUE QUE L'ANGLAIS)					LANGUE NATALE (SI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE DANS UNE AUTRE LANGUE QUE L'ANGLAIS)						
AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)		CETTE PERSONNE VIT-ELLE DANS UNE RÉSERVE INDIENNE ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)		CETTE PERSONNE VIT-ELLE DANS UNE RÉSERVE INDIENNE ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				
NOM DU DERNIER EMPLOYEUR CONNU					NOM DU DERNIER EMPLOYEUR CONNU						
CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE DE L'EMPLOYEUR					CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE DE L'EMPLOYEUR						
VILLE DE L'EMPLOYEUR		ÉTAT		CODE POSTALE		VILLE DE L'EMPLOYEUR		ÉTAT		CODE POSTAL	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR ()		EST-CE UNE ENTREPRISE TRIBALE? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> INC			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR ()		EST-CE UNE ENTREPRISE TRIBALE? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> INC				
NOM DU PÈRE DE LA MÈRE		NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE			NOM DU PÈRE DU PÈRE		NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DU PÈRE				

Résidence des enfants

Les enfants indiqués à la page 2 vivent avec : Mère Père Autre (spécifier) : _____

Le parent non gardien a-t-il déjà reçu de l'aide pour ses enfants de la part de l'État de Washington? Non Oui
Si oui, quand ?

Quel pourcentage du temps les enfants indiqués à la page 2 résident-ils avec la mère? ____ pour cent.

Quel pourcentage du temps les enfants indiqués à la page 2 résident-ils avec le père? ____ pour cent.

Quel pourcentage du temps les enfants indiqués à la page 2 résident-ils avec un gardien autre que leurs parents? ____ pour cent.

Si les enfants ne vivent pas avec la mère ou le père, veuillez remplir cette section

VOTRE NOM		VOTRE CASE POSTALE OU ADRESSE MUNICIPALE					
VOTRE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE		VOTRE DATE DE NAISSANCE		VOTRE VILLE		VOTRE ÉTAT	VOTRE CODE POSTAL
VOTRE RELATION AVEC LES ENFANTS				VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À LA MAISON ()	VOTRE MESSAGERIE TÉLÉPHONIQUE ()	VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE ()	
VOTRE AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)				VIVEZ-VOUS DANS UNE RÉSERVE INDIENNE? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			

Informations sur les enfants pour lesquels vous souhaitez une pension alimentaire**Indiquez seulement les enfants des parents indiqués à la page 1 qui habitent dans votre foyer. Joindre au besoin des feuilles supplémentaires.**

NOM DE L'ENFANT (PRÉNOM/DEUXIÈME PRÉNOM/NOM DE FAMILLE)	SEXÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	LE PÈRE A-T-IL RECONNU SA PATERNITÉ PAR ÉCRIT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	LIEU DE NAISSANCE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT/PAYS)		AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)
LA MÈRE EST-ELLE TOMBÉE ENCEINTE DE CET ENFANT DANS L'ÉTAT DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		SINON, OÙ (COMTÉ/ÉTAT) :	
Y A-T-IL UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE POUR CET ENFANT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SI OUI, DATE DE L'ORDONNANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	SI OUI, LIEU DE L'ORDONNANCE RENDUE (PAYS/ÉTAT/TRIBU)	

NOM DE L'ENFANT (PRÉNOM/DEUXIÈME PRÉNOM/NOM DE FAMILLE)	SEXÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	LE PÈRE A-T-IL RECONNU SA PATERNITÉ PAR ÉCRIT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	LIEU DE NAISSANCE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT/PAYS)		AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)
LA MÈRE EST-ELLE TOMBÉE ENCEINTE DE CET ENFANT DANS L'ÉTAT DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		SINON, OÙ (COMTÉ/ÉTAT) :	
Y A-T-IL UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE POUR CET ENFANT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SI OUI, DATE DE L'ORDONNANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	SI OUI, LIEU DE L'ORDONNANCE RENDUE (PAYS/ÉTAT/TRIBU)	

NOM DE L'ENFANT (PRÉNOM/DEUXIÈME PRÉNOM/NOM DE FAMILLE)	SEXÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	LE PÈRE A-T-IL RECONNU SA PATERNITÉ PAR ÉCRIT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
DATE DE NAISSANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	LIEU DE NAISSANCE (VILLE/COMTÉ/ÉTAT/PAYS)		AFFILIATION TRIBALE (LE CAS ÉCHÉANT)
LA MÈRE EST-ELLE TOMBÉE ENCEINTE DE CET ENFANT DANS L'ÉTAT DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		SINON, OÙ (COMTÉ/ÉTAT) :	
Y A-T-IL UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE POUR CET ENFANT? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SI OUI, DATE DE L'ORDONNANCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	SI OUI, LIEU DE L'ORDONNANCE RENDUE (PAYS/ÉTAT/TRIBU)	

Renseignements sur le mariage des parents des enfants indiqués ci-dessus

DATE DU MARIAGE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	LIEU DU MARIAGE (COMTÉ/ÉTAT)
DATE DU DIVORCE (MOIS/JOUR/ANNÉE)	LIEU DU DIVORCE (COMTÉ/ÉTAT)
DATE DE LA SÉPARATION (MOIS/JOUR/ANNÉE)	DATE DE LA SÉPARATION (COMTÉ/ÉTAT)

Ordonnance interdictive/Préoccupations en matière de sécuritéY a-t-il une ordonnance de protection/interdictive en place ou avez-vous des préoccupations en regard de votre sécurité ou de celle de vos enfants? NON OUI**Renseignement sur les paiements en aide publique**Vous ou les enfants indiqués ci-dessus avez-vous reçu de l'aide publique d'un État ou d'une tribu indienne? NON OUI

SI OUI, OÙ (COMTÉS/ÉTATS/TRIBUS)	SI OUI, QUAND (MOIS/ANNÉES)?
----------------------------------	------------------------------

Si vous avez reçu une pension alimentaire du parent non gardien, remplissez la **Déclaration des paiements de pensions alimentaires** et retournez-la à la DCS. **Joindre les copies de toutes les ordonnances de pension alimentaire.****Déclaration**

J'accepte d'avertir immédiatement la DCS, par écrit, de tout nouveau renseignement ou de toute modification en lien à la cueillette d'une pension alimentaire auprès du parent responsable de la payer.

Je certifie ou déclare sous peine de parjure, en vertu des lois de l'État de Washington, que les informations qui précèdent sont sincères et exactes.

Signé à _____, Washington.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

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 sous d'autres formats.