

**Referência para pensão alimentícia**  
**Child Support Referral**

A Division of Child Support (DCS) usará suas informações pessoais e seu número da segurança social para fins de aplicação da pensão alimentícia, conforme definido no Título IV-D da Lei da Segurança Social (Social Security Act).

**Informações sobre os pais dos menores**

Mãe dos menores					Pai dos menores				
NOME (NOME/DO MEIO/SOBRENOME)					NOME (NOME/DO MEIO/SOBRENOME)				
OUTROS NOMES USADOS					OUTROS NOMES USADOS				
CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO					CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO				
CIDADE		ESTADO		CEP	CIDADE		ESTADO		CEP
TELEFONE RESIDENCIAL ( )		TELEFONE PARA RECADOS ( )		CELULAR ( )	TELEFONE RESIDENCIAL ( )		TELEFONE PARA RECADOS ( )		CELULAR ( )
ENDEREÇO DE E-MAIL					ENDEREÇO DE E-MAIL				
NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL			DATA DE NASCIMENTO (MÊS/DIA/ANO)		NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL			DATA DE NASCIMENTO (MÊS/DIA/ANO)	
LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/COMARCA/ESTADO/PAÍS)					LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/COMARCA/ESTADO/PAÍS)				
RAÇA	ALTURA	PESO	COR DO CABELO	COR DOS OLHOS	RAÇA	ALTURA	PESO	COR DO CABELO	COR DOS OLHOS
IDIOMA NATIVO (CASO SEJA NECESSÁRIA CORRESPONDÊNCIA EM OUTRO IDIOMA QUE NÃO O INGLÊS)					IDIOMA NATIVO (CASO SEJA NECESSÁRIA CORRESPONDÊNCIA EM OUTRO IDIOMA QUE NÃO O INGLÊS)				
AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOVER)		VIVE EM UMA RESERVA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOVER)		VIVE EM UMA RESERVA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
NOME DO ÚLTIMO EMPREGADOR CONHECIDO					NOME DO ÚLTIMO EMPREGADOR CONHECIDO				
CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO DO EMPREGADOR					CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO DO EMPREGADOR				
CIDADE DO EMPREGADOR		ESTADO		CEP	CIDADE DO EMPREGADOR		ESTADO		CEP
NÚMERO DE TELEFONE DO EMPREGADOR ( )					NÚMERO DE TELEFONE DO EMPREGADOR ( )				
NOME DO PAI DA MÃE			NOME DE SOLTEIRA DA MÃE DA MÃE		NOME DO PAI DO PAI			NOME DE SOLTEIRA DA MÃE DO PAI	

**Residência dos menores**

Os menores indicados na página 2 residem com:  Mãe  Pai  Outro (especificar): \_\_\_\_\_

O pai/mãe que não detém a guarda alguma vez residiu com os menores ou prestou apoio aos mesmos no Estado de Washington?  
 Não  Sim Se a resposta for afirmativa, quando?

Durante que porcentagem do tempo os menores indicados na página 2 residem com a mãe? \_\_\_\_\_ por cento.

Durante que porcentagem do tempo os menores indicados na página 2 residem com o pai? \_\_\_\_\_ por cento.

Durante que porcentagem do tempo os menores indicados na página 2 residem com um responsável que não corresponde ao pai/mãe? \_\_\_\_\_ por cento.

**Se os menores não residirem com a mãe ou o pai, preencha esta seção**

SEU NOME		SUA CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO				
SEU NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL		SUA DATA DE NASCIMENTO	SUA CIDADE		SEU ESTADO	SEU CEP
SUA RELAÇÃO COM OS MENORES			SEU TELEFONE RESIDENCIAL ( )	SEU TELEFONE PARA RECADOS ( )	SEU CELULAR ( )	
SUA AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOVER)			VOCÊ VIVE EM UMA RESERVA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			

**Informações sobre os menores para os quais pretende receber pensão alimentícia**

**Indicar somente os menores dos pais indicados na página 1 que residem em sua casa. Use uma folha complementar caso seja necessário.**

NOME DO MENOR (NOME/DO MEIO/SOBRENOME)		SEXO	NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL	O PAI ASSINOU UM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
DATA DE NASCIMENTO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/COMARCA/ESTADO/PAÍS)		AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOUVER)	
A MÃE ENGRAVIDOU DESTE MENOR NO ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			CASO A RESPOSTA SEJA NEGATIVA, EM QUE LOCAL (COMARCA/ESTADO):	
HÁ UMA ORDEM DE PENSÃO PARA ESTE MENOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, DATA DA ORDEM (MÊS/DIA/ANO)		CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, LOCAL DA EMISSÃO DA ORDEM (COMARCA/ESTADO/TRIBO)	
NOME DO MENOR (NOME/DO MEIO/SOBRENOME)		SEXO	NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL	O PAI ASSINOU UM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
DATA DE NASCIMENTO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/COMARCA/ESTADO/PAÍS)		AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOUVER)	
A MÃE ENGRAVIDOU DESTE MENOR NO ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			CASO A RESPOSTA SEJA NEGATIVA, EM QUE LOCAL (COMARCA/ESTADO):	
HÁ UMA ORDEM DE PENSÃO PARA ESTE MENOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, DATA DA ORDEM (MÊS/DIA/ANO)		CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, LOCAL DA EMISSÃO DA ORDEM (COMARCA/ESTADO/TRIBO)	
NOME DO MENOR (NOME/DO MEIO/SOBRENOME)		SEXO	NÚMERO DA SEGURANÇA SOCIAL	O PAI ASSINOU UM RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
DATA DE NASCIMENTO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/COMARCA/ESTADO/PAÍS)		AFILIAÇÃO DE TRIBO (SE HOUVER)	
A MÃE ENGRAVIDOU DESTE MENOR NO ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			CASO A RESPOSTA SEJA NEGATIVA, EM QUE LOCAL (COMARCA/ESTADO):	
HÁ UMA ORDEM DE PENSÃO PARA ESTE MENOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, DATA DA ORDEM (MÊS/DIA/ANO)		CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, LOCAL DA EMISSÃO DA ORDEM (COMARCA/ESTADO/TRIBO)	

**Informações sobre o casamento dos pais dos menores indicados acima**

DATA DO CASAMENTO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL ONDE O CASAMENTO FOI REALIZADO (COMARCA/ESTADO)
DATA DO DIVÓRCIO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL ONDE OCORREU O DIVÓRCIO (COMARCA/ESTADO)
DATA DA SEPARAÇÃO (MÊS/DIA/ANO)	LOCAL ONDE OCORREU A SEPARAÇÃO (COMARCA/ESTADO)

**Ordem de restrição/preocupações de segurança**

Há alguma ordem de restrição/proteção em vigor ou você teme pela sua segurança ou pela segurança de seus filhos?  
 NÃO  SIM

**Informações sobre pagamento de pensão e assistência pública**

Você ou os menores indicados acima já receberam assistência pública de um estado ou tribo indígena?  NÃO  SIM

CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, ONDE (COMARCAS/ESTADOS/TRIBOS)	CASO A RESPOSTA SEJA AFIRMATIVA, QUANDO (MESES/ANOS)
---	--

Se você tiver recebido pensão alimentícia do pai/mãe que não detém a guarda, preencha a **declaração de pagamentos de pensão** e entregue-a à DCS. **Anexe cópias de todas as ordens de pensão.**

**Declaração**

Concordo em informar a DCS imediatamente, por escrito, sobre quaisquer informações novas ou alteradas relacionadas ao recebimento de pensão do pai/mãe responsável por fornecê-la.  
Certifico ou declaro sob pena de perjúrio, sob as leis do Estado de Washington, que as informações acima são verdadeiras e corretas.  
Assinado \_\_\_\_\_, Washington.

ASSINATURA	DATA
------------	------

Nenhuma pessoa pode ser discriminada no acesso ao emprego, serviços ou qualquer aspecto das atividades do programa devido à raça, cor, nacionalidade, credo, religião, sexo, idade ou incapacidade. O formulário está disponível em formatos alternativos sob solicitação