

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)
Derivación de la manutención para niños
Child Support Referral

La División de Manutención para Niños (DCS) usará su información personal y sus 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.

Información sobre los padres de los hijos

Madre de los niños					Padre de los niños								
NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)					NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)								
OTROS NOMBRES UTILIZADOS					OTROS NOMBRES UTILIZADOS								
APARTADO POSTAL O DIRECCIÓN POSTAL					APARTADO POSTAL O DIRECCIÓN POSTAL								
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO PARA MENSAJES ()		TELÉFONO CELULAR ()			TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO PARA MENSAJES ()		TELÉFONO CELULAR ()		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO								
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)					
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO / PAÍS)					LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO / PAÍS)								
RAZA	ALTURA	PESO	COLOR DE CABELLO	COLOR DE OJOS	RAZA	ALTURA	PESO	COLOR DE CABELLO	COLOR DE OJOS				
IDIOMA NATAL (SI NECESITA CORRESPONDENCIA EN UN IDIOMA DISTINTO AL INGLÉS)					IDIOMA NATAL (SI NECESITA CORRESPONDENCIA EN UN IDIOMA DISTINTO AL INGLÉS)								
AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)			¿VIVE EN UNA RESERVACIÓN INDÍGENA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)			¿VIVE EN UNA RESERVACIÓN INDÍGENA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR CONOCIDO					NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR CONOCIDO								
APARTADO POSTAL O DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADOR					APARTADO POSTAL O DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADOR								
CIUDAD DEL EMPLEADOR		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			CIUDAD DEL EMPLEADOR		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()		¿ES UN NEGOCIO TRIBAL? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> UNK			TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()		¿ES UN NEGOCIO TRIBAL? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> UNK						
NOMBRE DEL PADRE DE LA MADRE		NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE DE LA MADRE			NOMBRE DEL PADRE DEL PADRE		NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE DEL PADRE						

Residencia de los niños

Los niños mencionados en la página 2 viven con: Su madre Su padre Otro (especifique): _____

¿El padre sin custodia vivió alguna vez con los niños o les proporcionó manutención en el Estado de Washington? No Sí
Si respondió que sí, ¿cuándo?

¿Qué porcentaje del tiempo residen con su madre los niños mencionados en la página 2? _____ por ciento.

¿Qué porcentaje del tiempo residen con su padre los niños mencionados en la página 2? _____ por ciento.

¿Qué porcentaje del tiempo residen con un custodio distinto a sus padres los niños mencionados en la página 2? _____ por ciento.

Si los niños no viven con su madre o padre, llene esta sección

SU NOMBRE			SU APARTADO POSTAL O DIRECCIÓN POSTAL			
SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SU FECHA DE NACIMIENTO	SU CIUDAD		SU ESTADO	SU CÓDIGO POSTAL
SU RELACIÓN CON LOS NIÑOS			SU TELÉFONO DE CASA ()	SU TELÉFONO PARA MENSAJES ()	SU TELÉFONO CELULAR ()	
SU AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)			¿VIVE USTED EN UNA RESERVACIÓN INDÍGENA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			

Información sobre los niños para los que quiere la manutención infantil

Liste solamente los hijos de los padres mencionados en la página 1 que vivan en su hogar.

Utilice páginas adicionales si es necesario.

NOMBRE DEL NIÑO (PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)		SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿EL PADRE FIRMÓ UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO / PAÍS)		AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)	
¿LA MADRE QUEDÓ EMBARAZADA DE ESTE NIÑO EN EL ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			SI RESPONDIÓ QUE NO, EN DÓNDE (CONDADO/ESTADO):	
¿HAY UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN PARA ESTE NIÑO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FECHA DE LA ORDEN (MES / DÍA / AÑO)	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, LUGAR EN QUE SE EMITIÓ LA ORDEN (CONDADO / ESTADO / TRIBU)	
NOMBRE DEL NIÑO (PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)		SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿EL PADRE FIRMÓ UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO / PAÍS)		AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)	
¿LA MADRE QUEDÓ EMBARAZADA DE ESTE NIÑO EN EL ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			SI RESPONDIÓ QUE NO, EN DÓNDE (CONDADO/ESTADO):	
¿HAY UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN PARA ESTE NIÑO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FECHA DE LA ORDEN (MES / DÍA / AÑO)	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, LUGAR EN QUE SE EMITIÓ LA ORDEN (CONDADO / ESTADO / TRIBU)	
NOMBRE DEL NIÑO (PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)		SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿EL PADRE FIRMÓ UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD / CONDADO / ESTADO / PAÍS)		AFILIACIÓN TRIBAL (SI LA HAY)	
¿LA MADRE QUEDÓ EMBARAZADA DE ESTE NIÑO EN EL ESTADO DE WASHINGTON? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			SI RESPONDIÓ QUE NO, EN DÓNDE (CONDADO/ESTADO):	
¿HAY UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN PARA ESTE NIÑO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		SI RESPONDIÓ QUE SÍ, FECHA DE LA ORDEN (MES / DÍA / AÑO)	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, LUGAR EN QUE SE EMITIÓ LA ORDEN (CONDADO / ESTADO / TRIBU)	

Información sobre matrimonios de los padres de los niños antes mencionados

FECHA DE MATRIMONIO (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE MATRIMONIO (CONDADO / ESTADO)
FECHA DE DIVORCIO (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE DIVORCIO (CONDADO / ESTADO)
FECHA DE SEPARACIÓN (MES / DÍA / AÑO)	LUGAR DE SEPARACIÓN (CONDADO / ESTADO)

Orden de restricción / Inquietudes de seguridad

¿Existe una orden de restricción o de protección vigente, o tiene usted inquietudes sobre su seguridad o la de sus hijos? NO SÍ

Información sobre asistencia pública y pago de manutención

¿Usted o los niños antes mencionados han recibido alguna vez asistencia pública de un estado o de una tribu indígena? NO SÍ

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, DE DÓNDE (CONDADOS / ESTADOS / TRIBUS)	SI RESPONDIÓ QUE SÍ, CUÁNDO (MESES / AÑOS)
---	--

Si recibió manutención infantil del padre sin custodia, llene la **Declaración de pagos de manutención** y entréguela a DCS. **Anexe copias de todas las órdenes de manutención.**

Declaración

Acepto informar de inmediato a DCS, por escrito, sobre cualquier información nueva o modificada que se relacione con el cobro de la manutención del padre responsable de pagarla.

Certifico o declaro, bajo pena de perjurio, bajo las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Firmado _____, Washington.

FIRMA	FECHA
-------	-------

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.