



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

Verificación de cuidado de niños
Child Care Verification

PARA:

NÚMERO DE CASO:

La División de Manutención para Niños (DCS) necesita verificación de sus gastos en cuidado de niños para el periodo _____ .Pida a su proveedor de cuidado de niños que complete una **Respuesta de verificación de cuidado de niños** (página 2 de este formulario) por cada niño nombrado a continuación. Luego, debe firmar y colocar la fecha en cada formulario de respuesta, adjuntar el comprobante de pago del cuidado provisto y devolverlo a DCS a la dirección indicada a continuación. El comprobante de pago pueden ser recibos o copias de cheques cancelados. Devuelva el/los formulario(s) completo(s) a más tardar el _____ .

Nombres de los niños

FECHA

REPRESENTANTE AUTORIZADO
DIVISION OF CHILD SUPPORT

Devolver el/los formulario(s) de respuesta completo(s) a:

DIVISION OF CHILD SUPPORT

PO BOX 11520

TACOMA WA 98411-5520

Dentro _____ área de llamadas _____

Fuera _____ área de llamadas _____

Los servicios TTY/TDD están disponibles para las personas con discapacidad auditiva o del habla.

Visite nuestro sitio web en: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

No se discriminará a ninguna persona para fines de 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.



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

Respuesta de verificación de cuidado de niños Child Care Verification Response

Complete un formulario separado por cada niño nombrado en la página 1.

Número de caso DCS:			
Nombre y dirección del proveedor de cuidado de niños:			
Número de teléfono del proveedor de cuidado de niños (incluya código de área): ()			
Nombre del niño:			
Recibo \$ _____ al _____ por este niño. De este monto, recibo \$ _____ subsidio del estado de Washington u otra agencia estatal o gubernamental al mes por este niño.			
Ingrese los montos que recibió del custodio que el estado de Washington o cualquier otra agencia estatal o gubernamental no subsidió. Esta página tiene espacio para 12 meses de pagos. Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias.			
Monto	Periodo (mes/año)	Monto	Periodo (mes/año)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto. Entiendo que DCS usará la información que he proporcionado para fines de manutención para niños y que será parte de los registros públicos. DCS puede divulgar la información al padre sin custodia a solicitud por escrito a DCS y conforme a la política de divulgación pública.			
Fecha	Firma del proveedor de cuidado de niños	Nombre impreso del proveedor de cuidado de niños	
Fecha	Firma del padre/custodio	Nombre impreso del padre/custodio	