

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? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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.