



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

Verificação de tratamento infantil
Child Care Verification

PARA:

NÚMERO DO CASO:

A Divisão de Suporte Infantil (DCS) precisa verificar as despesas de tratamento infantil de seus filhos no período de _____. Peça ao profissional médico que presta serviços ao seu filho para preencher uma folha de **Resposta de verificação de tratamento infantil** separada (página 2 deste formulário) para cada criança abaixo listada. Depois, é necessário datar e assinar cada formulário de resposta, anexar comprovante de pagamento para o tratamento fornecido e devolver para o DCS no endereço abaixo listado. O comprovante de pagamento deve estar na forma de recibos ou cópias de cheques cancelados. Envie os formulários preenchidos até _____.

Nomes das crianças

_____ DATA

_____ REPRESENTANTE AUTORIZADO
DIVISÃO DE SUPORTE INFANTIL (DIVISION OF CHILD SUPPORT)

Envie os formulários de resposta preenchidos para:

DIVISION OF CHILD SUPPORT

PO BOX 11520

TACOMA WA 98411-5520

Dentro _____ código de área _____

Fora _____ código de área _____

Serviços de TTY/TDD estão disponível para pessoas com deficiência auditiva ou de fala.

Acesse nosso site no endereço: www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support

Nenhum indivíduo deve ser discriminado para emprego, serviços ou em qualquer aspecto das atividades do programa em função de raça, cor, nacionalidade, crença, religião, sexo, idade ou deficiências. Este formulário está disponível em formatos alternativos sob solicitação.

Resposta de verificação de tratamento infantil Child Care Verification Response

Preencha um formulário separado para cada criança listada na página 1.

Número de caso da DCS:			
Nome e endereço do profissional de saúde que presta serviços à criança:			
Número de telefone do profissional de saúde que presta serviços à criança (incluir código de área): ()			
Nome da criança:			
Recebo US\$ _____ por _____ por esta criança. Desta quantia, recebo US\$ _____ subsidiados pelo Estado de Washington ou outro estado ou agência o governo por mês por esta criança.			
Digite as quantias recebidas pela custódia que o Estado de Washington ou qualquer outro estado ou agência do governo não subsidiaram. Esta página tem espaço para 12 meses de pagamentos. Anexe folhas adicionais caso necessário.			
Valor	Período (mês/ano)	Valor	Período (mês/ano)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Declaro, sob a penalidade de perjúrio, sob as leis do Estado de Washington, que o referido é verdadeiro e correto. Compreendo que a DCS usará as informações fornecidas para finalidades de suporte infantil e estas se tornarão de registro público. A DCS pode divulgar informações para pais sem custódia após receber solicitação por escrito e de acordo com a política de divulgação pública.			
Data	Assinatura do profissional médico que presta serviços à criança	Nome Impresso do profissional médico que presta serviços à criança	
Data	Assinatura do pai/curador	Nome Impresso do pai/curador	