Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

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

Información de paternidad

Paternity Information

La División de Manutención para Niños necesita información de su parte para establecer la paternidad y para obtener manutención para el niño mencionado a continuación. A menos que usted nos brinde una buena razón para no completar este formulario, la División de Servicios Comunitarios podría reducir su subsidio de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas un 25 por ciento.

I. Información acerca de la madre natural del niño mencionado en la Sección II

NOMBRE COMPLETO (PRIMER NOMBRE/ SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)		NOMBRE DE SOLTERA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

II. Información sobre el niño

NOMBRE COMPLETO (PRIMER NOMBRE/ SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)

Creo que quedé embarazada de este niño entre (mes / año) _____ y (mes / año) _____

¿Podría haber quedado embarazada en el estado de Washington? ☐ No ☐ Sí

LUGARES EN LOS QUE PODRÍA HABER QUEDADO EMBARAZADA (CIUDAD / ESTADO)	LUGAR DONDE NACIÓ EL NIÑO (CIUDAD / ESTADO)

III. Matrimonio / Información de pareja doméstica registrada

¿Estaba usted casada o en una relación de pareja doméstica registrada cuando quedó embarazada o cuando el niño nació? ☐ No ☐ Sí. **Si la respuesta es sí, responda a las siguientes dos preguntas.**

NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO / ESPOSA / PAREJA (PRIMER NOMBRE/ SEGUNDO NOMBRE/ APELLIDO)	FECHA DE MATRIMONIO / INICIO DE RELACIÓN (MES / DÍA / AÑO)

¿Se ha disuelto el matrimonio/ relación? ☐ No ☐ Sí. **Si la respuesta es sí, responda a las siguientes dos preguntas.**

FECHA DE DIVORCIO / DISOLUCIÓN	LUGAR EN EL QUE SE PRESENTÓ EL DECRETO DE DIVORCIO / DISOLUCIÓN (CIUDAD / CONDADO / ESTADO)

IV. Información de reconocimiento de paternidad

¿Firmó usted y cualquier hombre un reconocimiento de paternidad para este niño? ☐ No ☐ Sí. **Si la respuesta es sí, responda a las siguientes dos preguntas.**

FECHA DE REGISTRO	LUGAR EN EL QUE SE PRESENTÓ EL RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD (CIUDAD / CONDADO / ESTADO)

V. Información acerca del posible padre

¿Hay más de un posible padre? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, complete un formulario para cada posible padre.

DURANTE EL TIEMPO QUE QUEDÉ EMBARAZADA, TUVE RELACIONES SEXUALES CON (PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MES / DÍA / AÑO)	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN ACTUAL CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

VI. Declaración

Declaro que, si no he proporcionado alguna información solicitada en este formulario, se debe a que no poseo dicha información. Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Firmado en _____ _____
CIUDAD ESTADO FECHA (MES / DÍA / AÑO)

_____
FIRMA DE LA MADRE (NOMBRE LEGAL COMPLETO)