

**VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS**  
**Child Care Verification**

A: Número de caso IV-D:

La División de Manutención de Niños (Division of Child Support - DCS) necesita verificar los gastos del cuidado de su niño por el período de \_\_\_\_\_. Pídale a su proveedor de cuidado de niños que complete la página 2 de este formulario para cada niño anotado abajo, por separado. Una vez completado, póngale la fecha y firme la página, adjunte una prueba de haber pagado al proveedor de cuidados (cualquier recibo o copias de cheques cobrados) y envíelo a DCS, a la dirección anotada abajo. Devuelva el formulario completo antes del \_\_\_\_\_.

Nombre de los niños

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante autorizado  
DIVISION OF CHILD SUPPORT

Devuelva la página 2 de este formulario completa a:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

o si es una llamada de larga distancia

Hay servicios TTY/TDD disponibles para personas con trastornos del lenguaje o con deficiencia auditiva.  
Visite nuestro sitio web: [www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

Ninguna persona será discriminada debido a su raza, color, país de origen, credo, religión, sexo, edad o discapacidad en cuanto a empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa. Solicite este formulario disponible en formatos alternativos.

## RESPUESTA PARA LA VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS Child Care Verification Response

Número de caso IV-D:			
Nombre y dirección del proveedor de cuidado de niños:			
Número de teléfono del proveedor de cuidado de niños (incluya el código de área):			
Nombre del niño:			
Me pagan \$ _____ por _____ por este niño. De esta cantidad, yo recibo un subsidio de \$ _____ del Estado de Washington u otra agencia de estado o gobierno, por mes, para este niño.			
Escriba las cantidades que usted recibe del tutor que el Estado de Washington o cualquier otra agencia de estado o gobierno <b>no</b> subsidia. Esta página tiene espacio para 12 meses de pagos. Adjunte hojas adicionales, si es necesario.			
Cantidad	Período (mes/año)	Cantidad	Período (mes/año)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
Yo declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que lo anterior es verdad y correcto. Entiendo que DCS usará esta información que he provisto para propósitos de mantención de niños y que se transformará en un registro público. DCS puede divulgar esta información al padre o madre sin tutela cuando se presente un pedido por escrito a DCS y según las normas de divulgación pública.			
Fecha:	Firma del Proveedor de Cuidado de Niños:		
Fecha:	Firma del padre, madre o tutor:		