STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS) / DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

MEDICAL ASSISTANCE ONLY - ELECTION OF SUPPORT ENFORCEMENT SERVICES
ASISTENCIA MÉDICA SOLAMENTE - ELECCIÓN DE SERVICIOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN

PERIODO DE CERTIFICACIÓN (SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO) ABIERTO: CERRADO:	NÚMERO DE CASO (SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO)
SU NOMBRE COMPLETO (EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)	
NOMBRE COMPLETO DEL PROGENITOR NO CUSTODIO (ESTA ES LA PERSONA QUE TIENE UN REQUISITO DE PAGAR MANUTENCIÓN DE NIÑOS) (EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)	
SI ESTÁ EMBARAZADA – FECHA PREVISTA DEL PARTO	

La División de Manutención de Niños (DCS) proporcionará servicios completos de ejecución de manutención de niños hasta que:

1. Usted marque ya sea la casilla 1, 2, 2a o 3 a continuación.
2. Usted firme este formulario.
3. DCS reciba y procese este formulario.

Si los niños dependientes del progenitor no-custodio reciben beneficios de asistencia médica, DCS debe tratar de ejecutar y cobrar la manutención médica adeudada a esos niños. La manutención médica incluye la cobertura del seguro de salud y los costos de atención a la salud (si se establece una cantidad fija en una orden de manutención). Si el padre de los niños no está identificado, un tribunal debe tratar de determinar quién es el padre de los niños dependientes.

MARQUE LA CASILLA QUE LISTA LOS SERVICIOS DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS QUE DESEA. FIRME ESTE FORMULARIO.

1. ☐ Deseo que se establezca la paternidad, si fuera necesario, y el establecimiento de manutención médica y servicios de ejecución. No deseo servicios completos de ejecución de manutención de niños.

2. ☐ Estoy embarazada y recibo beneficios de asistencia médica.

   a. ☐ No deseo servicios completos de ejecución de manutención de niños. No deseo que DCS se ponga en contacto conmigo para información durante mi embarazo.

   b. ☐ Deseo servicios completos de ejecución de manutención de niños. No deseo que DCS se ponga en contacto conmigo para información durante mi embarazo.

3. ☐ Deseo solamente servicios de establecimiento y de ejecución de manutención médica. No deseo servicios completos de ejecución de manutención de niños. La paternidad no está en disputa.

   - Entiendo que DCS retendrá pagos de manutención médica para reembolsar los costos médicos al estado. DCS me enviará los otros pagos.

4. ☐ Deseo servicios completos de ejecución de manutención de niños. DCS puede ponerse en contacto conmigo en cualquier momento. Los servicios completos de ejecución de manutención de niños pueden incluir cualesquiera de los siguientes, según se requiera:

   - Manutención de niños
   - Manutención conyugal
   - Manutención médica
   - Manutención de cuidado de niños
   - Establecimiento de la paternidad
   - Revisión de mi caso para modificación

Envíe el formulario original llenado por correo a: DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 9008
OLYMPIA WA 98507-9008

Declaro que he leído y entendido los servicios que elegí arriba.

FECHA _____ FIRMA _____

No se discriminará contra ninguna persona, debido a su raza, color, origen nacional, credo, religión, sexo, edad o incapacidad, en el empleo, los servicios o en algún aspecto de las actividades del programa. Este formulario se encuentra disponible en formatos alternativos, a pedido.