



THE STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
 77 DORRANCE STREET PROVIDENCE RI 02903
 (401)-458-4400 • WWW.CSE.RI.GOV

ID REQUIRED / IDENTIFICACIÓN REQUERIDA

Do you need an interpreter? **YES** **NO**
 Necesita un interprete?

YOUR NAME / SU NOMBRE:

Custodial Parent Name (Parent who child lives with)
 Nombre del (Padre con quien el niño(a) vive)

Social Security Number: _____ **Home Phone:** _____ **Cell Phone:** _____
 Número de seguro social: _____ Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____

Address: _____
 Dirección: _____ Street Number _____ Street Name _____

 City/Town _____ State _____ Zip Code _____

Non-Custodial Parent Name
 Nombre del Padre sin Custodia _____

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____
 Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____

Social Security Number / Número de seguro social: _____

Address: _____
 Dirección: _____ Street Number _____ Street Name _____ City/Town _____ State _____ Zip Code _____

Why are you here today? (Please check box)
 Porque esta usted aqui hoy ? (Por favor chequear una casilla)

Bank Lien Retención bancaria	Payment Issues Problemas con pagos	Wage Withholding Retención de Salario
Change of Job Cambio de Empleo	PIN Request Solicitar número de PIN	Website Issues Problemas con el sitio web
License Suspension Suspensión de Licencia	Sanction Sanción	Other Otra situación
Passport Denial Negación de Pasaporte	Voice Response Issues Sistema de respuesta de voz	

Were you here before for the same issue ? **YES** **NO**
 Estabas aqui antes para el mismo problema ? **YES** **NO**

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____

Agent Full Name: _____

Docket: _____

Coverage Agent Full Name: _____

TIME IN:

TIME OUT:



**THE STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES**

ONLINE WALK IN FORM - SIDE 2
CAMINATA EN LA FORMA EN LÍNEA - LADO 2

VERIFY INFORMATION
Para verificar su información en el sistema

LIST FULL NAME(S) AND BIRTH DATE(S) FOR CHILDREN ON THIS CASE ONLY.

Verifique los nombres completos y fechas de nacimiento de su niño(s) de este caso solamente.

Name/Nombre

Date of Birth/Fecha de nacimiento

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

WERE YOU MARRIED TO ANYONE AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD OR WAS THE CHILD BORN WITHIN 300 DAYS OF TERMINATION OF THIS MARRIAGE ? YES ___ NO ___

Estaba usted casada cuando nació su hijo/a ? O Nacio su hijo al menos 300 días antes de que se terminara este matrimonio?

IF YES WHAT CHILD(REN) ?

Cual (es) niño(s)? _____

**DATE
FECHA**

**LOCATION
LUGAR**

EVER MARRIED

YES ___ NO ___

MARRIAGE :

CASADO(A) ALGUNA VEZ

EVER DIVORCED

YES ___ NO ___

DIVORCE :

DIVORCIADO(A) A LGUNA VEZ

SEPARATED

YES ___ NO ___

SEPARATED:

SEPARADO(A)

COPY OF DIVORCE DECREE/MARRIAGE CERTIFICATE (IF APPLICABLE)*

copia del acta de divorcio o de matrimonio (si aplica)

IF YOU WERE NOT MARRIED AT THE TIME OF BIRTH OF THE CHILD, HAS PATERNITY BEEN ESTABLISHED BY COURT ORDER? YES ___ NO ___

Si no estaba casado(a) cuando nació su hijo(a), se ha establecido paternidad por alguna corte?

DATE OF THE ORDER?

Fecha de la orden?

FATHERS NAME AS REFLECTED IN THAT ORDER?

El nombre del padre que está en dicha orden de la corte?
