



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

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____

Agent Full Name: _____

Docket: _____

Coverage Agent Full Name: _____

ID REQUIRED / IDENTIFICACIÓN REQUERIDA

Do you need an interpreter? YES NO

¿Necesita un intérprete?

YOUR NAME / SU NOMBRE:

CUSTODIAL PARENT NAME (PARENT WHO CHILD LIVES WITH):

NOMBRE DEL (PADRE CON QUIEN EL NIÑO(A) VIVE):

Social Security Number:

Número de seguro social:

Home Phone:

Teléfono de la casa:

Cell Phone:

Teléfono celular:

Address:

Dirección: _____

Street Number

Street Name

City/Town

State

Zip Code

TIME IN:

**PROVIDE INFORMATION ABOUT THE PARENT WHO PAYS/WILL PAY CHILD SUPPORT
ESCRIBA INFORMACIÓN ACERCA DE EL PADRE QUE PAGA O PAGARÁ MANUTENCIÓN**

NON-CUSTODIAL PARENT NAME:

NOMBRE DEL PADRE SIN CUSTODIA: _____

Social Security Number:

Número de seguro social:

Home Phone:

Teléfono de la casa:

Cell Phone:

Teléfono celular:

Address:

Dirección: _____

Street Number

Street Name

City/Town

State

Zip Code

Why are you here today? (Please check box)

¿Porque está usted aquí hoy? (Por favor marque una casilla)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bank Lien
Retención bancaria | <input type="checkbox"/> Payment Issues
Problemas con pagos |
| <input type="checkbox"/> Insurance Lien
Retención de seguro | <input type="checkbox"/> Job Change / Income Withholding Order (IWO)
Cambio de Empleo / Orden de retención de Salario |
| <input type="checkbox"/> License Suspension
Suspensión de Licencia | <input type="checkbox"/> Passport Denial
Denegación de Pasaporte |
| <input type="checkbox"/> Request PIN Letter
Solicitar número de PIN | <input type="checkbox"/> 13 month Pay History (KIOSK)
Historial de pago de 13 meses (KIOSCO) |
| <input type="checkbox"/> Paternity Questionnaire Mailing
Cuestionario de paternidad | <input type="checkbox"/> Website Issues (account already created)
Problemas de sitio web (la cuenta ya creada) |
| <input type="checkbox"/> Paternity Issue /
Problema de paternidad | <input type="checkbox"/> Sanction (not related to the paternity questionnaire mailing)
Sancción (no relacionado con el envío de cuestionario de paternidad) |

TIME OUT:

Were you here before for the same issue?

¿Estuvo aquí antes por el mismo problema?

YES

NO

YES

NO



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

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?



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

SAME DAY RETURN

YOUR NAME:

SU NOMBRE:

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____

Agent Full Name:

Docket: _____

Coverage Agent Full Name:

TIME OUT:

TIME IN:



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

SAME DAY RETURN

YOUR NAME:

SU NOMBRE:

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____

Agent Full Name:

Docket: _____

Coverage Agent Full Name:

TIME OUT:

TIME IN: