



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

Do you need an interpreter? YES NO
 ¿Necesita un intérprete?
 Language / Idioma español portugese
 otro _____

YOUR NAME: _____
 SU NOMBRE: _____

Social Security Number: _____ Phone: _____
 Número de seguro social: _____ Teléfono: _____

Address: _____
 Dirección: Street Number Street Name

City/Town State Zip Code

FOR OFFICE USE ONLY

Date: _____

Agent: _____

Docket: _____

CP NCP

Coverage Agent Full Name: _____

TIME IN:

PLEASE PROVIDE A FORM OF IDENTIFICATION.
 POR FAVOR PROPORCIONE UNA FORMA DE IDENTIFICACION.

What is the name of other party?
 ¿Cuál es el nombre del otro padre?: _____

Social Security Number: _____ Phone: _____
 Número de seguro social: _____ Teléfono: _____

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

TIME OUT:

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"/> Sanction (not related to the paternity questionnaire mailing)
Sanción (no relacionado con el envío de cuestionario de paternidad) |
| <input type="checkbox"/> Paternity Questionnaire Mailing
Cuestionario de paternidad | <input type="checkbox"/> 13 Month Payment History (KIOSK)-I have my PIN/Case ID
Recibo de pago de los últimos 13 meses- Tengo mi pin/ID del caso |
| <input type="checkbox"/> Paternity Issue
Problema de paternidad | <input type="checkbox"/> 13 Month Payment History (KIOSK)- I need my PIN/Case ID /or Account locked/Change email
Necesito mi pin/ ID del caso/o la cuenta está bloqueada |

Were you here before for the same issue? YES NO
 ¿Estuvo aquí antes por el mismo problema? Sí NO

OVER - ADDITIONAL INFORMATION REQUIRED
ATRAS - INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA





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: