

Departamento de Salud del Estado de Washington

Formulario Para Ordenar la Verificación de Paternidad

Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> Escriba con claridad. Solamente aceptamos cheques o giros postales para órdenes por medio del correo. No mande dinero en efectivo o información de tarjetas de crédito. \$15 por cada verificación. Todas las ordenes requieren una copia del ID de la persona que hace la solicitud (el solicitante debe haber firmado el documento original que está ordenando) Solamente los que firmaron el Reconocimiento de Paternidad pueden solicitar la Carta de Verificación de Paternidad (también conocido como la carta CBRI). Visite www.doh.wa.gov para más información y opciones para ordenar o llame al 360-236-4300, Lunes a Viernes entre 8 a.m. y 5 p.m. Tiempo Pacífico.
----------------------	--

Información de Contacto	Nombre de la persona que esta ordenando la verificación:		
	Dirección a donde mandar la verificación: (Domicilio requerido para ordenes de FedEx)		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Numero de Teléfono: (____) _____		Correo Electrónico:

Complete TODAS las casillas debajo con la información <u>exacta</u> y <u>completa</u> . Esta información debe coincidir con la información actual en el acta de nacimiento.			
Nombre Completo en el Acta:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido)
Fecha de Nacimiento:	(MM/DD/AAAA)	Ciudad o Condado de Nacimiento:	
Nombre de Nacimiento de la Madre/el Padre #1:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido Antes del Primer Matrimonio)
Nombre de Nacimiento de la Madre/el Padre #2:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido Antes del Primer Matrimonio) <input type="checkbox"/> No Esta Nombrado

***** Todas las solicitudes requieren una copia de un ID (los solicitantes deben haber firmado el documento original que se solicita) *****

Complete a continuación la información de tarifas y envíe:

Número total de la carta CBRI: _____	x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Aserción de Paternidad archivado: _____	x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Negación de Paternidad archivado: _____	x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Reconocimiento de Paternidad archivado: _____	x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Rescisión de Paternidad Archivado: _____	x \$15 = \$ _____
Apostilla: _____ (nombre del país que lo solicita) :	x \$15 = \$ _____
Número total de Actas de Nacimiento certificadas: _____	x \$25 = \$ _____

Correo de Primera Clase	<input type="checkbox"/> No cargo adicional
*Entrega de Correo Expreso de USPS (domicilio o P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$25.50 = \$ _____
*FedEx a estados continentales en EU (no P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$15 = \$ _____
* FedEx a AK/HI/Canadá/México (no P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$25 = \$ _____

CANTIDAD TOTAL DEBIDA \$ _____

Haga cheques o giros postales pagaderos a DOH.

ENVIE LAS ORDENES A:
Department of Health
P.O. Box 9709
Olympia, WA 98507-9709

*Los cargos adicionales para entrega expresa son por cada orden, no por cada acta.
 *La Firma de un Adulto es requerido al tiempo de la entrega para ordenes de Correo Expreso de USPS & FedEx.