



### INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Gracias por solicitar servicios de manutención infantil. Para ofrecer Servicios el mismo día (SDS, por sus siglas en inglés), sírvase proporcionar información detallada para permitirnos ayudarlo con la tramitación de su solicitud. Si usted recibe servicios de TANF/Medicaid, llame al Centro de Contacto del DCSS para obtener más ayuda (al número que aparece abajo).

#### El solicitante debe proporcionar al menos un documento de identidad con foto de la siguiente lista:

- Licencia de conducir válida;
- Cualquier otro documento de identidad con foto emitido por el gobierno internacional, federal, estatal o local, incluyendo una Tarjeta de Residencia Permanente o Visa;
- Pasaporte válido

#### Los solicitantes DEBEN proporcionar:

- Información actual de ingresos (por ej.: talones de cheques, W-2 o declaraciones de impuestos de los últimos 3 años con formularios 1099 si tiene negocio propio y una declaración jurada financiera);
- Las tarjetas del Seguro Social para todos los niños que figuran en la solicitud (si están disponibles);
- Los certificados de nacimiento para todos los niños nacidos **FUERA** del estado de Georgia;
- Licencia matrimonial (**Nota:** en ausencia de una licencia, se puede usar una declaración jurada del solicitante que dé testimonio de su estado civil en el momento de la concepción y nacimiento del(de los) hijo(s);
- Las firmas en todas las páginas y los formularios notariados en caso de ser requerido;
- Pruebas de la custodia física de un menor de edad o hijos dependientes;
- Verificación de la matrícula escolar, estatus, nivel de grado y fecha de graduación anticipada si el (los) menor(es) tiene(n) 18 años y sigue(n) siendo estudiante(s) a tiempo completo en la escuela secundaria y la orden del tribunal contempla manutención infantil más allá de la edad de 18 años, si aplica;
- Una fotocopia de toda orden de manutención que exista (decreto final de divorcio, acuerdo de separación o conciliación, orden de manutención infantil registrada por cualquier estado o país extranjero, modificación de la orden de manutención, orden de desacato, orden del tribunal juvenil y/u orden temporal). **Excepción:** Se requiere una copia certificada de la orden más reciente que establece la obligación de manutención si la orden debe ser registrada para su ejecución en otro estado o jurisdicción extranjera, antes de que DCSS pueda procesar una acción de la ley UIFSA.
- Recibos o verificación de seguros médicos, de la vista, dentales o de vida, deducibles y copagos, si aplica;
- Información de gastos extraordinarios de educación para matrícula, alojamiento y comida, cuotas, libros, si aplica; y
- Gastos de crianza de niños para clases de música o arte, viajes, banda, clubes y atletismo, si aplica.
- Acuerdo de autorización para el depósito directo de pagos de manutención infantil si se está solicitando un depósito directo y un cheque anulado o boleta de depósito de una caja de ahorros anulada.

#### **Nota: Por favor, llame gratis al Centro de Contacto del DCSS al 1-877-423-4746 si:**

- Usted habla otro idioma distinto del inglés en su casa y necesita ayuda,
- Usted tiene una discapacidad y necesita ayuda o acomodación para visitar nuestra oficina, o
- Usted es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda.

Si usted es un usuario de TTY (teléfono de texto), puede comunicarse con nuestra oficina a través del Servicio de Retransmisión de Georgia al 7-1-1

**Nota: Si es posible, haga copias de la información importante y de toda la solicitud antes de visitar nuestra oficina para que las guarde en sus archivos.**

## Derechos y Responsabilidades del Solicitante

Entiendo que:

- La División de Manutención Infantil (DCSS) tiene la autoridad bajo la ley federal y estatal para tomar cualquier acción legal que sea necesaria para establecer la paternidad y para establecer, modificar y hacer cumplir una orden de manutención infantil, incluyendo ayuda médica. DCSS no garantiza que los esfuerzos en mi nombre serán exitosos ya que las medidas adoptadas por DCSS pueden estar sujetas a la discreción del juez.
- Es posible que DCSS utilice un abogado para establecer, hacer cumplir o modificar mi orden de manutención infantil. No existe una relación abogado-cliente entre el abogado y yo, ya que el abogado representa al Estado. Entiendo que el abogado no se ocupa de cuestiones legales tales como legitimación, custodia o visitas; por lo tanto, yo debo buscar mi propio abogado privado para estos asuntos.
- DCSS me ha proporcionado una Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. La notificación incluye una explicación de cómo la información médica relacionada con mi solicitud de servicios podrá ser utilizada por DCSS, así como mi derecho a tener acceso a esta información médica. Entiendo que DCSS no compartirá ninguna información a menos que yo proporcione una autorización por escrito solicitando la información.
- DCSS no divulgará ninguna información confidencial, personal a terceros sin mi autorización previa por escrito para divulgar dicha información.
- DCSS no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, religión, creencia políticas o discapacidad. Si tengo dudas acerca de mi caso, puedo presentar una queja formal con el director de la oficina local que dará como resultado un examen de la administración interna.
- Cuando solicite servicios como beneficiario, deberé tener la custodia legal o física de un menor de edad. En el caso de que la custodia del niño cambie, la manutención infantil ordenada puede ser redirigida al nuevo tutor.
- Debo notificar a DCSS de cualquier cambio en mi nombre, dirección, números de teléfono o cualquier otra información que se necesite para administrar o hacer cumplir adecuadamente mi caso, incluyendo entre otros notificar a DCSS que he solicitado los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Entiendo que el no mantener la información al día puede afectar la capacidad de DCSS para distribuir los pagos en forma oportuna.
- Debo notificar a DCSS si tengo un caso de manutención infantil activa con cualquier otra agencia estatal, abogado privado o una agencia de cobro privada para los niños en la solicitud.
- Me comprometo a someterme y a los niños a pruebas genéticas, concernientes al establecimiento de paternidad, si fuese necesario. No se proporcionarán los resultados de las pruebas genéticas sin previa autorización por escrito para divulgar dicha información.
- Se requiere un pago de \$25.00 no reembolsable al solicitar los servicios a menos que los niños o yo recibamos Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Familia Asistencia Médica (Family Medicaid). El pago *será* requerido solo si el (los) niño(s) reciben Medicaid, o si vuelvo a solicitar los servicios después de haber solicitado el cierre de mi caso, o si mi caso es cerrado por DCSS debido a mi falta de cooperación.
- Se cobrará un pago de \$25 por mantenimiento anual a cada caso en el cual un solicitante nunca haya recibido TANF y para quien el Estado ha recaudado al menos \$500.00 de manutención. Mi parte de este cargo se tomará de la cantidad de manutención infantil recaudada en nombre de los niños.
- Los pagos de manutención infantil deben ser enviados a la oficina de Registro de Manutención Familiar y no debo aceptar pagos directos del padre/madre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés). Si acepto los pagos del NCP, la oficina de DCSS podría cerrar mi caso por falta de cooperación.
- Al recibir la notificación por escrito de DCSS, mi caso puede ser cerrado si no coopero. Antes de cerrar el caso, tengo que pagar los cargos pendientes y los pagos en exceso que se deban en el momento y reembolsar los gastos incurridos en mi nombre. Si mi caso se cierra, por falta de cooperación severa, no voy a poder reabrir mi caso o volver a solicitar los servicios por un período mínimo de seis (6) meses desde la fecha en que se cerró mi caso por última vez.
- Estoy de acuerdo que los pagos en exceso de la cantidad ordenada de manutención se aplicará primero a las cantidades atrasadas y luego podrán ser retenidas por DCSS para pagos futuros.
- Si yo recibiera pagos distribuidos por error, se me notificará por escrito para establecer un Plan de Reintegro de Pago a Plazos con DCSS. Yo entiendo que mi falta de respuesta oportuna a la tercera notificación, la "**Notificación final**", de DCSS servirá como mi permiso para que DCSS recupere los pagos deduciéndolos de cualquier manutención infantil futura que se me deba.
- Mi caso no será elegible para cierre hasta que todos los cargos o pagos en exceso se hayan pagado en su totalidad.
- Si solicito el cierre del caso durante un procedimiento legal para establecer una orden de manutención, entiendo que voy a ser responsable de los honorarios y costos incurridos por DCSS, incluyendo entre otros los costos judiciales y cargos por servicio, antes de que se cierre mi caso.
- La ley federal autoriza a DCSS a cobrar a una persona que ha solicitado los servicios de manutención infantil y que nunca ha recibido o que ya no está recibiendo ayuda de TANF un cargo por la compensación de los impuestos estatales y federales. En el caso de que se reciba una compensación, se le podrá cobrar a mi caso un cargo administrativo de \$12.00 por compensación del estado y uno de \$15 por compensación federal.
- Podría recibir correspondencia de DCSS por vía electrónica. Para garantizar la confidencialidad de la correspondencia, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una dirección de correo electrónico segura y activa.
- Puedo obtener información sobre mi caso y sobre los pagos en el sitio web de Servicio al Cliente <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon> o llamando al Centro de Atención 1-877-423-4746

He recibido y leído toda la información del programa que describe los servicios disponibles y los cargos, así como mis derechos y responsabilidades. Tengo derecho a hacer preguntas antes de presentar mi solicitud. Mi firma en este documento autoriza a la División de Manutención Infantil para ofrecer los servicios necesarios y adecuados en mi nombre.

Nombre del solicitante (Por favor escriba claramente) \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica del Solicitante: (Por favor escriba claramente) \_\_\_\_\_

# Solicitud de Servicios

<b>POR FAVOR MARQUE UNO</b>				
SOY EL(LA): Padre/madre con custodia <input type="checkbox"/> Padre/madre sin custodia <input type="checkbox"/> Tutor sin ser padre/madre <input type="checkbox"/> Presunto padre <input type="checkbox"/>				
<b>TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque el que corresponda)</b>				
Todos los servicios de apoyo disponibles <input type="checkbox"/> Establecer el apoyo médico <input type="checkbox"/>				
<b>HISTORIAL DE TANF (marque todos los que correspondan):</b>				
Nunca he recibido beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo sólo Medicaid <input type="checkbox"/>				
En el pasado recibí TANF <input type="checkbox"/> : Lo recibí desde _____ hasta _____				
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / TUTOR SIN SER PADRE/MADRE</b>				
Nombre:				
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Apellido de soltera				
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna vez un caso de manutención infantil en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/>		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____		
Divorciado/a <input type="checkbox"/> Fecha de divorcio: / /		Fecha de matrimonio: __/__/__		
Dirección de domicilio:				
Calle		Ciudad,		Condado Estado Código postal
Dirección postal:				
Calle / P.O. Box		Ciudad,		Estado Código postal
¿Puede ser contactado en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dirección de correo electrónico:	
Teléfono de trabajo:		Teléfono de domicilio:		Teléfono celular:
¿Está el(la) padre(madre) con custodia/tutor sin ser padre/madre en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Militar jubilado(a)				
[ ] Sí [ ] No De ser así, mencione la rama:				
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PADRE/MADRE CON CUSTODIA</b>				
¿Tiene actualmente seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la compañía de seguros:		Número de teléfono:		
Número de póliza:		Número de Grupo:		
<b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>				
¿Ha sido alguna vez víctima de violencia doméstica?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha(han) sido alguna vez el(los) niño(s) por quien(es) solicita servicios víctima(s) de algún daño físico o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si respondió afirmativamente a una o ambas de las preguntas anteriores, describa su inquietud y/o adjunte a su solicitud la documentación de apoyo que respalde su afirmación.				
<b>Bajo la Ley de Georgia, O.C.G.A. §19-11-30 y §19-11-131, la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS, por sus siglas en inglés) no divulgará ninguna información que ponga a usted o a sus hijos en riesgo de sufrir daño físico o emocional. En tales circunstancias, se activará un Indicador de Violencia Familiar en su caso de manutención infantil.</b>				
Su caso será entonces codificado para garantizar que ninguna información sea divulgada a otro estado o jurisdicción extranjera, que podría poner a usted o a su(s) hijo(s) en riesgo.				

NIÑOS PARA QUIENES NECESITA LOS SERVICIOS							
Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	SSN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Sexo	Raza	¿Nacido(a) fuera del matrimonio? Sí/No	¿Paternidad establecida por: Orden del Tribunal/ Prueba de Paternidad? Fecha:
Su relación con el(los) niño(s): <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Custodio <input type="checkbox"/> Pariente/Adulto que no es padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal (se requiere prueba de tutela) <input type="checkbox"/> Otro: _____							

**INSTRUCCIONES DE PAGO PARA EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / CUSTODIO**

Se le proporcionará una tarjeta de débito para recibir los pagos de manutención infantil, a menos que usted pida depósito directo. Si selecciona depósito directo, se requiere un formulario aparte y un cheque anulado/comprobante de depósito.

**INFORMACIÓN DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA**

Nombre:					
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Apellido de soltera
Alias o apodos:					
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento o edad:		Lugar de nacimiento:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____			
Fecha de divorcio: / /		Fecha de matrimonio: __/__/__			
Color de ojos:	Color de cabello:	Peso:	Estatura:	Raza:	
Dirección postal: <input type="checkbox"/> Es dueño(a) de esta u otra propiedad					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código postal
Su domicilio es el <input type="checkbox"/> Actual o <input type="checkbox"/> Último conocido			Número(s) de teléfono:		
Otra posible dirección:					
Calle		Ciudad,	Estado	Código postal	
No. de licencia de conducir:			Estado:		

**EMPLEO DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA**

<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia		Tipo de negocio:		Ocupación habitual:	
Empleador actual o último conocido:			Número de teléfono:		
Fechas de empleo: hasta		Supervisor:			
Supervisor:		Cargo:			
Dirección:					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código Postal
Ingresos brutos: \$ por		Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes			
Adjunte los comprobantes de pago, de ser posible.					

**INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE / MADRE SIN CUSTODIA**

¿Tiene actualmente un seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la compañía de seguros:		Número de teléfono:		
Número de póliza:				
Prima mensual: \$		Porción que paga por el niño: \$		

**OTRAS FUENTES DE INGRESOS/RECURSOS**

Beneficios Federales Recibidos: <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Empleado postal <input type="checkbox"/> Jubilación para Ferroviarios <input type="checkbox"/> Servicio civil <input type="checkbox"/> Militares <input type="checkbox"/> Asistencia del Departamento de Asuntos para los Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				
¿Beneficios de Desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Recibe beneficios de un Plan de Pensiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿de qué compañía?				
¿Tiene alguna licencia profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)?:				
¿Está el(la) padre(madre) sin custodia en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, nombre la rama: <input type="checkbox"/> Militar jubilado(a)				

**HISTORIAL DE ENCARCELACIÓN**

El(la) padre(madre) sin custodia ha estado: [ ] en la cárcel [ ] en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional

Si ha estado en la cárcel, por favor indique las fechas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección o ciudad/estado de la Institución: \_\_\_\_\_

Si está en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional, por favor indique:

Fechas de su historial de libertad condicional \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El período de libertad condicional finalizará el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: \_\_\_\_\_

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA**

Madre: Apellido de soltera: No. de teléfono: ( )

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Fallecida el día:

Dirección:

Calle Ciudad, Estado, Código postal

Padre: No. de teléfono:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Fallecido el día:

Dirección:

Calle Ciudad, Estado, Código postal

Otro pariente conocido: Parentesco:

Dirección:

Calle Ciudad, Estado, Código postal

Otra dirección de contacto (amigos, etc.):

Nombre Calle Ciudad, Estado, Código postal

Otro número de teléfono de contacto:

**Complete esta sección SÓLO si usted NO es el(la) padre(madre) del(de los) niño(s)**

Yo, \_\_\_\_\_ soy el tutor legal del (de los) niño(s) arriba mencionado(s). Obtuve la custodia del (de los) niño(s) el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (se requiere una prueba de tutela). Los documentos legales aceptables incluyen, pero no se limitan a, órdenes de custodia del Tribunal Infantil, órdenes de custodia del Tribunal Superior y órdenes de custodia del Tribunal de Sucesiones.

Mi relación con el(los) niño(s) es \_\_\_\_\_. El(los) niño(s) vive(en) conmigo desde (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Madre biológica (indique si ha fallecido):

Nombre Dirección Ciudad, Condado, Estado, Código postal Fecha de nacimiento SSN

Padre biológico (indique si ha fallecido):

Nombre Dirección Ciudad, Condado, Estado, Código postal Fecha de nacimiento SSN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Fecha

**Bajo pena de perjurio, por la presente juro y afirmo que la información que proporcioné en la Solicitud de Servicios de Manutención Infantil es exacta y cierta, según mi leal saber y entender. Entiendo que hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, de manera intencional, es punible según la ley de Georgia con una multa de hasta \$1,000, con encarcelación entre uno y cinco años, o ambos. Por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.**

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante

**For DCSS Office Use Only:**

Application Requested Date (required): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Application Provided (date given in person or mailed) (required): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Application Provided by (staff's first and last name required): \_\_\_\_\_

(Note: Federal regulations require an application be provided the same day to individuals who make in person requests or within 5 working days of a written or telephone request, see [45CFR §303.2\(a\)\(2\)](#)).

Date returned to DCSS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Application Processed Date (required): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Processed by (First & Last Name) \_\_\_\_\_ \$TARS

No: \_\_\_\_\_ Application fee PAID (Y/N): [ ]; If no, why not? \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA PERSONAL / FINANCIERA

Número de Caso \$TARS: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre sin custodia: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre con custodia: \_\_\_\_\_

**PADRE/MADRE CON CUSTODIA**  **PADRE/MADRE SIN CUSTODIA**

**TUTOR SIN SER PADRE/MADRE**

### INFORMACIÓN PERSONAL:

Su nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros apellidos de casada, apodos, etc.: Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### AD ADOPCIÓN / CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:

Recibe actualmente  Nunca ha recibido  Plan de Cuidado adoptivo temporal/Reunificación

Cantidad mensual \$ \_\_\_\_\_

### SU EMPLEO:

Empleado  Desempleado  Trabajo por cuenta propia Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ No. de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empleado desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Sindicato: \_\_\_\_\_ No. Local: \_\_\_\_\_

Ingresos BRUTOS: \$ \_\_\_\_\_ (Adjunte comprobantes de pago) Frecuencia de pago:  Semanal;  Cada dos semanas  Mensual;

Dos veces al mes

¿Tiene usted alguna licencia profesional?:  Sí  No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)? \_\_\_\_\_ No. de licencia: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL BANCO / COOPERATIVA DE CRÉDITO:

\_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros No. de Cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros No. de Cuenta: \_\_\_\_\_

### SU HISTORIAL DE TANF (ASISTENCIA PÚBLICA):

Nunca en TANF  Actualmente en TANF  Anteriormente en TANF  Historia desconocida

Recibe sólo Medicaid;  Recibe sólo Cupones de Alimentos; Recibió TANF desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### EMPLEOS ANTERIORES (ÚLTIMOS 3 AÑOS):

Indique la ciudad, el estado y el nombre del empleador. No se requieren direcciones completas:

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Fechas de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Fechas de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Fechas de empleo \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

Grado escolar más alto que usted ha cursado: \_\_\_\_\_

Título más alto obtenido:  Ninguno  GED  Escuela técnica/AA  Título universitario o superior Última escuela (secundaria, vocacional, universidad) a la cual asistió: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**ÓRDENES PREEXISTENTES DE MANUTENCIÓN INFANTIL QUE ESTÁN SIENDO PAGADAS PARA OTROS NIÑOS:**

NOMBRE DEL TRIBUNAL Y NÚMERO DE CASO DEL TRIBUNAL	FECHA INICIAL DE LA ORDEN	NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	¿RECIBE TANF EL NIÑO?	CANTIDAD QUE PAGA SE REQUIERE EL REGISTRO DE PAGO
				\$
				\$

**OTROS NIÑOS CALIFICADOS QUE VIVEN EN SU HOGAR PERO NO ESTÁN INCLUIDOS EN ESTA ACCIÓN (NO INCLUYA A LOS/LAS HIJASTROS/AS):**

NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL NIÑO	¿RECIBE TANF EL NIÑO?	¿PAGA O RECIBE MANUTENCIÓN INFANTIL POR ESTE NIÑO? CANTIDAD ORDENADA POR EL TRIBUNAL
			S
			S

**OTROS NIÑOS**

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO // _____	NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO // _____
--------------	------------------------------	--------------	------------------------------

**SU SINOPSIS FINANCIERA**

Fuentes de Ingresos Brutos	Cantidad bruta promedio mensual	Fuentes de Gastos	Cantidad bruta promedio mensual
Salario / Sueldo (no incluya TANF)	\$	Pago de renta o hipoteca	\$
Comisiones, honorarios y propinas	\$	Servicios Públicos (electricidad, gas natural/propano, teléfono)	\$
Ingresos por trabajo por cuenta propia [Consulte la ley O.C.G.A. §19-6-15 (f)(1)(B) para más detalles]	\$	Cuidado de niños (se requieren pruebas)	\$
Bonos	\$	Pensión alimenticia pagada (se requieren pruebas)	\$
Pagos por trabajar horas extras	\$	Alimentos	\$
Indemnización por despido	\$	Gastos o facturas médicas (no cubiertos por un seguro) (se requieren pruebas)	\$
Ingresos recurrentes provenientes de pensiones o planes de retiro	\$	Multas de la libertad condicional o a prueba	\$
Ingresos provenientes de intereses	\$	Pago de Vehículo	\$
Ingresos provenientes de dividendos	\$	Ropa	\$
Ingresos provenientes de un Fideicomiso	\$	Gastos de transporte/visitación (se requieren pruebas)	\$
Ingresos provenientes de rentas vitalicias	\$	Manutención pagada por orden previa del Tribunal	\$
Ganancias sobre el capital	\$	Impuestos sobre la propiedad	\$
Seguro Social por Discapacidad o Jubilación (No incluya SSI o el pago por los niños)	\$	Recreación	\$
Beneficios de Compensación del Trabajadores	\$	Seguro (de salud) (se requieren pruebas)	\$
Beneficios de Compensación por Desempleo	\$	Seguro (de vida) (se requieren pruebas)	\$
Sentencias de Lesiones Personales u otros casos civiles	\$	Seguro (de automóviles, de casa)	\$
Regalos (dinero u otros regalos que se pueden convertir en dinero)	\$	Seguro (Dental/Visión) (se requieren pruebas)	\$
Premios / Ganancias de la Lotería	\$	Bancarrota	\$
Pensión alimenticia y manutención de personas fuera de este caso	\$	Gastos extraordinarios de educación (ej. matrícula, libros, alojamiento y comidas) (se requieren pruebas)	\$
Activos usados para mantener a la familia	\$	Gastos médicos extraordinarios del(de los) niño(s) (copagos, deducibles) (se requieren pruebas)	\$
Incentivos (si reducen significativamente el costo de la vida)	\$	Gastos especiales relacionados con la crianza del(de los) (ej. campamento, banda, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	\$
Cualquier otro ingreso, incluido los Ingresos Imputados (No incluya la asistencia pública sujeta a verificación de recursos, tales como TANF o Cupones de Alimentos)	\$	Otros:	\$
<b>TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES:</b>	\$	<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES:</b>	\$

**SUS ACTIVOS:** (Cuentas de banco, bonos, seguro de vida entera-valor en efectivo, CDs, cuentas de mercado monetario, propiedades, acciones, vehículos, etc.)

Descripción de los Activos:	Valor	Ubicación de los Activos / Sucursal
	\$	
	\$	
	\$	

Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada. Juramentado y afirmado,

Su firma: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Notario Público: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración de la licencia/permiso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SELLO**

**DEL NOTARIO:**

## ÓRDENES DEL TRIBUNAL, ÓRDENES DE MANUTENCIÓN Y PAGOS ATRASADOS ADEUDADOS

**Nota:** Marque cada tipo de orden. DEBE proporcionar una copia certificada de la(s) orden(es) a hacer cumplir.

<input type="checkbox"/> <b>NO existe una Orden del Tribunal</b> que requiera que uno de los padres pague manutención para los niños en este caso, debido a que:		
<input type="checkbox"/> Actualmente estoy casada(o) con el padre/madre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés) (no divorciados)	Fecha de matrimonio:	Fecha de la separación:
<input type="checkbox"/> Nunca me casé con el NCP. (DEBE completar una Declaración Jurada de Paternidad por cada hijo(a) de este NCP)		
<input type="checkbox"/> ¿La madre del(de los) niño(s) estaba casada cuando nació(nacieron) el(los) niño(s)?	Fecha de matrimonio:	Fecha de la separación:
<input type="checkbox"/> <b>SENTENCIA DE DIVORCIO</b> <input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE MANUTENCIÓN DE DCSS</b> <input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE LEGITIMACIÓN</b> <input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE CUSTODIA</b>		
Presentado en	Condado, Estado de	el día <input type="checkbox"/> No se le ordenó al NCP pagar manutención.
Cantidad de Manutención ordenada: \$	por	<input type="checkbox"/> Por cada niño <input type="checkbox"/> Por todos los niños
Hay un pago atrasado (pendiente) de \$	a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*
<input type="checkbox"/> <b>DESACATO</b> <input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE MODIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE MENORES</b>		
Presentado en	Condado, Estado de	el día <input type="checkbox"/> No se le ordenó al NCP pagar manutención.
Cantidad de Manutención ordenada: \$	por	<input type="checkbox"/> Por cada niño <input type="checkbox"/> Por todos los niños
Hay un pago atrasado (pendiente) de \$	a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*
<input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE URESA / UIFSA (orden de manutención de otro estado)</b> <b>Nota: Debemos obtener copias certificadas</b>		
Presentado en	Condado, Estado de	el día <input type="checkbox"/> No se le ordenó al NCP pagar manutención.
Cantidad de Manutención ordenada: \$	por	<input type="checkbox"/> Por cada niño <input type="checkbox"/> Por todos los niños
Hay un pago atrasado (pendiente) de \$	a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*
<input type="checkbox"/> <b>ORDEN DE PROTECCIÓN TEMPORAL</b> <b>Nota: Debemos obtener copias certificadas</b>		
Presentado en	Condado, Estado de	el día <input type="checkbox"/> No se le ordenó al NCP pagar manutención.
Cantidad de Manutención ordenada: \$	por	<input type="checkbox"/> Por cada niño <input type="checkbox"/> Por todos los niños
Hay un pago atrasado (pendiente) de \$	a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*

**\*Notas:** Los casos con órdenes del Tribunal requerirán que se complete una Declaración de Pagos Atrasados.

Cualquier manutención que **NO** se pague a través de Georgia DCSS requerirá un historial de pago certificado.

HISTORIAL DE CASOS PRIVADOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL	
¿Ha tenido alguna vez un caso activo de manutención infantil con otra agencia estatal, abogado privado o agencia privada de cobros para el(los) niño(s) mencionado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, haga una lista a continuación:
	Dónde:
	Cuándo:

**DECLARACIÓN JURADA DE PAGOS ATRASADOS:** Por favor muestre la cantidad total de manutención **adeudada y recibida** cada mes. Recibos, cheques cancelados, registros de pago, etc. podrían ser requeridos para demostrar la información en esta declaración jurada.

Año	Cantidad		Año	Cantidad		Año	Cantidad	
	Adeuda	Pagada		Adeud	Pagada		Adeuda	Pagada
Ene.	\$	\$	Ene.	\$	\$	Ene.	\$	\$
Feb.	\$	\$	Feb.	\$	\$	Feb.	\$	\$
Mar.	\$	\$	Mar.	\$	\$	Mar.	\$	\$
Abr.	\$	\$	Abr.	\$	\$	Abr.	\$	\$
Mayo	\$	\$	Mayo	\$	\$	Mayo	\$	\$
Jun.	\$	\$	Jun.	\$	\$	Jun.	\$	\$
Jul.	\$	\$	Jul.	\$	\$	Jul.	\$	\$
Ago.	\$	\$	Ago.	\$	\$	Ago.	\$	\$
Sep.	\$	\$	Sep.	\$	\$	Sep.	\$	\$
Oct.	\$	\$	Oct.	\$	\$	Oct.	\$	\$
Nov.	\$	\$	Nov.	\$	\$	Nov.	\$	\$
Dic.	\$	\$	Dic.	\$	\$	Dic.	\$	\$
Total Acumul	\$	\$	Total Acumul	\$	\$	Total Acumula	\$	\$

Año	Cantidad		Año	Cantidad		Año	Cantidad	
	Adeuda	Pagada		Adeuda	Pagada		Adeuda	Pagada
Ene.	\$	\$	Ene.	\$	\$	Ene.	\$	\$
Feb.	\$	\$	Feb.	\$	\$	Feb.	\$	\$
Mar.	\$	\$	Mar.	\$	\$	Mar.	\$	\$
Abr.	\$	\$	Abr.	\$	\$	Abr.	\$	\$
Mayo	\$	\$	Mayo	\$	\$	Mayo	\$	\$
Jun.	\$	\$	Jun.	\$	\$	Jun.	\$	\$
Jul.	\$	\$	Jul.	\$	\$	Jul.	\$	\$
Ago.	\$	\$	Ago.	\$	\$	Ago.	\$	\$
Sep.	\$	\$	Sep.	\$	\$	Sep.	\$	\$
Oct.	\$	\$	Oct.	\$	\$	Oct.	\$	\$
Nov.	\$	\$	Nov.	\$	\$	Nov.	\$	\$
Dic.	\$	\$	Dic.	\$	\$	Dic.	\$	\$
Total Acumul	\$	\$	Total Acumula	\$	\$	Total Acumul	\$	\$

Total adeudado: \$ \_\_\_\_\_ menos Total pagado: \$ \_\_\_\_\_ = Saldo adeudado: \$ \_\_\_\_\_ a partir de  
 Certifico que toda la información que he suministrado es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Juramentado y afirmado,

Mi firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Notario Público: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la Comisión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SELLO DEL NOTARIO:**

Número de caso de DCSS

Tutor:  
Nombre del Padre/Madre sin custodia:  
Niño(s):

**Notificación de Prácticas de Privacidad  
Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
División de Servicios de Manutención Infantil**

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA POR EL DEPARTAMENTO Y LA MANERA COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. Esta notificación entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y se le proporciona a usted de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) y otras regulaciones federales relacionadas. Si tiene preguntas acerca de esta Notificación, por favor contacte a la sección de Servicio al Cliente de la División de Servicios de Manutención Infantil ("DCSS") en la dirección que está más abajo.

El Departamento de Servicios Humanos es una agencia del estado de Georgia, responsable por numerosos programas que manejan información médica y de otro tipo confidencial. Tanto las leyes federales como las estatales establecen requisitos estrictos para la mayoría de los programas con respecto a la divulgación de información confidencial y el Departamento tiene que cumplir con esas leyes. La División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS) es una división de ese Departamento. En situaciones donde no se aplican los requisitos más rigurosos de divulgación, esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe la manera en que el Departamento podría usar y divulgar cualquier Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por motivos de tratamiento, pagos, operaciones administrativas de la atención médica y ciertos otros fines. Esta notificación se refiere sólo a la información médica. El mismo describe sus derechos a acceder y controlar cualquier PHI y le proporciona información acerca de su derecho a presentar una queja si usted cree que el Departamento ha usado o divulgado indebidamente cualquier "PHI." La Información Médica Protegida es información que puede identificar personalmente a usted o al(a los) niño(s) y tiene que ver con cualquier condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de cuidado de salud relacionados. El Departamento está obligado a regirse por los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad y podría cambiar los términos del mismo en cualquier momento. Una nueva notificación entrará en vigencia para todo el PHI que el Departamento mantenga en el momento de su creación. Previa solicitud, el Departamento le proporcionará una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada, mediante la publicación de copias en sus instalaciones, la publicación en el sitio web del Departamento, en respuesta a una solicitud telefónica o por fax al Coordinador de Privacidad o, en persona, en cualquier oficina donde usted recibe servicios del Departamento.

#### I. USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Cualquier PHI podría ser usado y divulgado por DCSS, sus empleados, agentes y abogados con la finalidad de proporcionarle a usted los servicios del programa de manutención infantil. La información médica protegida es generalmente necesaria en la determinación de la paternidad biológica del(de los) niño(s) participante(s), su capacidad para trabajar y pagar la manutención infantil y para determinar la cantidad apropiada de apoyo financiero necesario para el(los) niño(s). El PHI del(de los) niño(s) participante(s) podría también ser usado y divulgado por DCSS con estos mismos fines.

Tratamiento: Cualquier PHI podría ser usado para proveer, coordinar o administrar sus servicios de manutención infantil, incluida la coordinación con un tercero que haya sido autorizado por usted para acceder a cualquier PHI, tales como un profesional de la salud que lo(a) esté tratando, un especialista de la salud o un laboratorio.

Pagos: Su PHI o el del(de los) niño(s) podría ser usado para obtener pago por servicios de salud prestados al(a los) niño(s) o las necesidades de educación especializada del(de los) niño(s).

Operaciones Administrativas de la Atención Médica: El Departamento podría usar o divulgar cualquier PHI para apoyar las actividades de negocio de DCSS, incluidas, pero no limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de los empleados, entrenamiento, concesión de licencias y otras actividades de negocio. El Departamento podría usar una hoja de registro en la recepción de cualquier instalación u oficina donde se prestan servicios. Se le podría pedir que proporcione su nombre y otra información necesaria y podrían llamarlo(a) por su nombre en la sala de espera cuando un miembro del personal esté listo para atenderlo(a) y cualquier PHI podría ser usado para contactarlo(a) acerca de sus citas y/o por otras razones operativas. Cualquier PHI podría ser compartido con terceros "socios de negocios" que llevan a cabo varias actividades que nos ayudan a prestarle los servicios de manutención infantil.

Otros usos y divulgaciones de cualquier PHI se harán sólo con su autorización escrita, la cual usted puede revocar por escrito en cualquier momento, salvo lo permitido o requerido por la ley, tal como se describe a continuación.

#### Otros Usos y Divulgaciones Permitidos o Requeridos Con su Autorización u Oportunidad de Objetar

El Departamento podría usar y/o divulgar cualquier PHI a un tribunal de justicia, a un familiar, pariente o cualquier otra(s) persona(s) que usted identifique en el Formulario de Autorización de DCSS. Usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso y/o divulgación total o parcial de cualquier PHI.

### Usos y Divulgaciones Permitidos o Requeridos Sin su Autorización u Oportunidad de Objetar

El Departamento podría usar o divulgar cualquier PHI sin su autorización, cuando sea requerido por la ley para fines de salud pública, a una persona que pueda estar a riesgo de contraer una enfermedad contagiosa, a una agencia reguladora de la salud, a una autoridad autorizada a recibir informes de abuso y negligencia, en ciertos procedimientos judiciales y con ciertos fines de cumplimiento de la ley. La información médica protegida podría también ser divulgada sin su autorización a un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria, con ciertos fines de investigación aprobados, para prevenir o disminuir una amenaza a la salud o la seguridad y a las autoridades encargadas de hacer cumplir las leyes para la identificación y captura de un individuo.

Usos y Divulgaciones Requeridos: Según la ley, el Departamento debe divulgar información a usted, cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos y para investigar o determinar el cumplimiento del departamento con los requisitos de la Norma de Privacidad en el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), secciones 164.500 y siguientes.

### 2. SUS DERECHOS SEGÚN LA NORMA FEDERAL DE PRIVACIDAD

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su PHI y una breve descripción de cómo puede ejercerlos:

**a. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información médica protegida.**

Prevía solicitud por escrito, usted puede revisar y obtener una copia de cualquier PHI, mientras el mismo sea mantenido por el Departamento. Una tarifa razonable, basada en el costo, podría ser cargada por las copias, envíos y mano de obra. Según la ley federal, usted no puede revisar o copiar información recopilada en previsión de, o para ser usada en, un procedimiento civil, penal o administrativo, ni PHI que esté sujeto a una ley federal o estatal que prohíba el acceso al mismo.

**b. Usted tiene derecho a solicitar la restricción de su información médica protegida.**

Usted puede pedir por escrito que el Departamento no use ni divulgue ninguna parte de su PHI por razones de tratamiento, pagos u operaciones administrativas de la atención médica y que no divulgue PHI a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su caso. Tal solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién usted quiere que se aplique la misma. El Departamento no está obligado a aceptar una restricción solicitada por usted y si el Departamento considera que sería beneficioso para usted permitir el uso y divulgación de algún PHI, el mismo no será restringido, excepto cuando lo requiera la ley. Si el Departamento acepta la restricción solicitada, no podrá usar o divulgar ningún PHI en incumplimiento con esa restricción, a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento en emergencias.

**c. Usted tiene derecho a solicitar que nuestras comunicaciones confidenciales le sean enviadas por medios alternativos o a un sitio alternativo.**

Prevía solicitud por escrito, el Departamento acomodará solicitudes razonables de medios alternativos para la comunicación de información confidencial, pero esto podría estar condicionado a que usted proporcione una dirección alternativa u otro método de contacto. El Departamento no le pedirá una explicación respecto a la base de su solicitud.

**d. Usted podría tener derecho a solicitar la corrección de cualquier información médica protegida.**

Si el Departamento creó algún PHI, usted puede solicitar por escrito una corrección de esa información mientras la misma sea mantenida por el Departamento. El Departamento podría rechazar su solicitud de corrección y, en ese caso, le proporcionará información acerca de derechos adicionales que usted podría tener con respecto a dicho rechazo.

**e. Usted tiene derecho a recibir una explicación acerca de ciertas divulgaciones que el Departamento ha hecho de cualquier información médica protegida.**

Este derecho sólo se relaciona con la divulgación por razones distintas a tratamientos, pagos u operaciones administrativas de la atención médica, excepto las divulgaciones que el departamento ha hecho a usted, a sus familiares o amigos involucrados en su cuidado, así como también por razones de seguridad nacional, inteligencia o notificación. Prevía solicitud por escrito, usted tiene derecho a recibir información legalmente especificada con respecto a las divulgaciones ocurridas después del 14 de abril de 2003, sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

**f. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación del Departamento.**

### 3. QUEJAS RELACIONADAS AL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA O DERECHOS

Usted puede quejarse con el Departamento y el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad de información médica han sido infringidos. Puede presentar una queja, por escrito, a la oficina local de manutención infantil que mantiene su PHI. Puede comunicarse con el consejero general asociado para obtener más información sobre el proceso de queja, este aviso, o que sus derechos establecidos anteriormente. Por favor firme una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad para los registros del Departamento.

He recibido una copia de esta Notificación en la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha:

<b>TESTIMONIO GENERAL</b>		Sellado y Archivado	
Demandante	Caso de IV-D : [ ] <input type="checkbox"/> TANF [ ] IV-E Foster Care [ ] Solo Medicaid [ ] Recibió Asistencia en el pasado [ ] Nunca Recibió Asistencia		Sellado y Archivado
Número de Seguro Social:			
Afiliación de Tribu (si es aplicable)			
Demandado	Caso de Non IV-D [ ] <input type="checkbox"/>		
Número de Seguro Social:			
Afiliación de Tribu (si es aplicable)			
Respondiendo Caso de IV-D Número _____		Iniciando Caso de IV-D Número _____	
Respondiendo Número de Tribunal _____		Iniciando Número de Tribunal _____	
Demandante es: [ ] Obligado [ ] Persona que no es el Padre y que cuida del niño [ ] Deudor [ ] Foster Care			
Demandado: [ ] Obligado [ ] Persona que no es el Padre y que cuida del niño [ ] Deudor [ ] Foster Care			
_____ jurando, bajo cargos de perjurio, testifica lo siguiente:			
Nombre (Nombre y apellidos)			
<b>I. Información Personal Acerca de la Madre de los Niños [ ] Vea la Sección X</b>			
A.1. Madre es: [ ] Obligada [ ] Deudora		2. [ ] Otra Información No proveida	
3. Nombre Completo (Nombre y apellidos; incluyendo apodo, alias, nombre de soltera, anteriores nombres de casada, etc.)			
4. Domicilio [ ] Confirmado _____(fecha)	5. Número de Seguro Social	6. Fecha de Nacimiento	
	7. Número de Teléfono de la Casa ( )	8. Número de Teléfono del Trabajo ( )	
9. Trabajo y dirección [ ] Confirmado _____(fecha)	10(a). Ocupación, ó Profesión		
	10(b). Nivel Mas Alto de Educación		
11. Estimado Ingreso Bruto Mensual \$	12. Otros Ingresos Mensuales (y fuentes de ingresos) \$		
13. Propiedades (tipo y lugar)			
B. Descripción Física de la Madre de los niños (Provea una foto si es disponible.)			
1. Raza	2. Altura	3. Peso	
		4. Color de Pelo	
		5. Color de los Ojos	
C. Presente Estado Civil de la Madre de los niños			
1. [ ] Casada	2. [ ] Soltera	3. [ ] Viviendo con no Cónyuge	
4. [ ] Divorciada	5. [ ] Legalmente Separada	6. [ ] Separada	
		7. [ ] Desconocido	

<b>TESTIMONIO GENERAL , PAGINA 2</b>		Iniciando Caso de IV-D Número		
D. Información acerca del Esposo Actual o Compañero de la Madre de los niños				
1. Nombre del Esposo Actual o Compañero (Nombre y Apellidos)		2. Está empleado el Esposo Actual/ o Compañero? [ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce		
3. Nombre y Dirección del Trabajo del Esposo/Compañero		4. Estimado Sueldo Bruto Mensual del Esposo o Compañero \$		
E. Es la madre de los niños responsable por dependientes otros que los que aparecen en la Sección V (páginas 4 y 5)? [ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce (Si responde sí, provea la información de abajo.)				
1.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación		d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos		f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$	
2.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación		d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos		f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$	
3.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación		d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos		f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$	
<b>II. Información Personal Del Padre de los Niños</b> [ ] <b>Vea la Sección X</b>				
A.1. El Padre es: [ ] Obligado [ ] Deudor		2. [ ] Otra Información No proveida		
3. Nombre Completo (Nombre y Apellidos; incluyendo apodos):				
4. Domicilio [ ] Confirmado _____(fecha)		5. Número de Seguro Social	6. Fecha de Nacimiento	
		7. Número de Teléfono	8. Número del Trabajo	
9. Nombre y Dirección del Trabajo [ ] Confirmado _____(fecha)		10(a). Ocupación, o Profesión		
		10(b). Nivel Mas Alto de Educación		
11. Estimados Ingresos Brutos Mensuales \$		12. Otros Ingresos Mensuales \$		
13. Propiedades (tipo y lugar)				
B. Descripción Física del Padre de los niños (Provea una foto si es disponible.)				
Raza	Altura	Peso	Color de Pelo	Color de los Ojos

**C. Presente Estado Civil del Padre de los Niños**

1. <input type="checkbox"/> Casado	2. <input type="checkbox"/> Soltero	3. <input type="checkbox"/> Viviendo con no Cónyuge	
4. <input type="checkbox"/> Divorciado	5. <input type="checkbox"/> Legalmente Separado	6. <input type="checkbox"/> Separado	7. <input type="checkbox"/> Desconocido

**D. Información acerca de la Esposa Actual o Compañera del Padre de los niños**

1. Nombre de la Esposa Actual o Compañera (Nombre y Apellidos)	2. Está empleada la Esposa Actual/ o Compañera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
3. Nombre y Dirección del Trabajo de la Esposa/ Compañera	4. Estimado Sueldo Bruto Mensual de la Esposa o Compañera \$

**E Es el padre de los niños responsable por dependientes otros que los que aparecen en la Sección V (páginas 4 y 5)?**

Si  No  Se desconoce (Si responde si, provea la información de abajo.)

1.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d. Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$
2.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d. Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$
3.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d. Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: \$ Netos: \$

**III. Información Personal de la Persona que Cuida de los Niños pero que No es Uno de los Padres  Vea Sección X**

1. Relación de la Persona Encargada de Cuidar al Niño: <input type="checkbox"/> Tiene custodia legal/tutela del niño	2. <input type="checkbox"/> Otra Información No proveida		
3. Nombre Completo (Nombre y Apellidos; incluyendo apodos, nombre de soltera, nombre de casada, etc.)			
4. Domicilio <input type="checkbox"/> Confirmado _____(fecha)	5. Número de Seguro Social	6. Fecha de Nacimiento	7. Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H
	8. Número de Teléfono ( )	9. Número del Trabajo ( )	
10. Nombre y Dirección del Trabajo <input type="checkbox"/> Confirmado _____(fecha)	11(a). Ocupación, o Profesión		
	11(b). Nivel Mas Alto de Educación		
12. Estimados Ingresos Brutos Mensuales \$	13. Otros Ingresos Mensuales \$		
14. Fecha Cuando los Niños Empezaron a Vivir con Persona que les Cuida			

**IV. Relación Legal de los Padres**

**[ ] Vea Sección X**

1.  Nunca se casaron
2.  Casados el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Fecha Condado/Estado
3.  Casados por ley común por el period de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Fechas Condado/Estado
4.  Separados el día \_\_\_\_\_ 5.  Divorciados el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Fecha Fecha Condado/Estado
6.  Separados Legalmente el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Fecha Condado/Estado
7.  Divorcio pendiente en \_\_\_\_\_ 8.  Orden de Manutención de Menores \_\_\_\_\_  
Condado/Estado Fecha
9.  No orden de Manutención de Menores 10.  Otro \_\_\_\_\_  
Condado/Estado Fecha
11. Tribunal y Lugar (Divorcio, Separación Legal, Orden de Manutención de Menores):

**V. Niños Dependientes en esta Acción**

**[ ] Vea Sección X**

- A. Ponga solo los niños del deudor (nombrados en la página 1 de esta forma).  Otra Información No proveida

<b>1.</b>	<b>a.</b> Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	<b>f.</b> Paternidad Establecida? <input type="checkbox"/> Si (ponga como) <input type="checkbox"/> No
	<b>b.</b> Domicilio	<input type="checkbox"/> Por medio de una orden <input type="checkbox"/> Por aceptación voluntario <input type="checkbox"/> Por adopción <input type="checkbox"/> Por presunción matrimonial conclusiva <input type="checkbox"/> Otro:
	<b>c.:</b> Número de Seguro Social	<b>g.</b> Orden de Manutención de Menores Establecida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>d.</b> Sexo	<b>h.</b> Viviendo con el Demandante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>e.</b> Fecha de Nacimiento	
<b>2.</b>	<b>a.</b> Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	<b>f.</b> Paternidad Establecida? <input type="checkbox"/> Si (ponga como) <input type="checkbox"/> No
	<b>b.</b> Domicilio	<input type="checkbox"/> Por medio de una orden <input type="checkbox"/> Por aceptación voluntario <input type="checkbox"/> Por adopción <input type="checkbox"/> Por presunción matrimonial conclusiva <input type="checkbox"/> Otro:
	<b>c.:</b> Número de Seguro Social	<b>g.</b> Orden de Manutención de Menores Establecida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>d.</b> Sexo	<b>h.</b> Viviendo con el Demandante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>e.</b> Fecha de Nacimiento	
<b>3.</b>	<b>a.</b> Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	<b>f.</b> Paternidad Establecida? <input type="checkbox"/> Yes (ponga como) <input type="checkbox"/> No
	<b>b.</b> Domicilio	<input type="checkbox"/> Por medio de una orden <input type="checkbox"/> Por aceptación voluntario <input type="checkbox"/> Por adopción <input type="checkbox"/> Por presunción matrimonial conclusiva <input type="checkbox"/> Otro:
	<b>c.</b> Número de Seguro Social	<b>g.</b> Orden de Manutención de Menores Establecida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>d.</b> Sexo	<b>h.</b> Viviendo con el Demandante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<b>e.</b> Fecha de Nacimiento	

**TESTIMONY GENERAL, PAGINA 5**

Iniciando Caso de IV-D Número

<b>4. a.</b> Nombre Completo (Nombre y Apellido)		<b>f.</b> Paternidad Establecida? <input type="checkbox"/> Si (ponga como) <input type="checkbox"/> No
<b>b.</b> Domicilio		<input type="checkbox"/> Por medio de una orden <input type="checkbox"/> Por aceptamiento voluntario <input type="checkbox"/> Por adopción <input type="checkbox"/> Por presunción matrimonial conclusiva <input type="checkbox"/> Otro:
		<b>g.</b> Orden de Manutención de Menores Establecida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>c.:</b> Número de Seguro Social		<b>h.</b> Viviendo con el Demandante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>d.</b> Sexo	<b>e.</b> Fecha de Nacimiento	

**B.** Los niños empezaron a residir en \_\_ \_\_ en \_\_ \_\_ en \_\_ \_\_.  
Estado Mes/Año

**VI. Seguro Médico**  **Vea Sección X**

**1.** Es requerido que el deudor provea con seguro médico a los niños por medio de una orden de manutención de menores?  Si  No

**2.** Es requerido que el deudor provea un seguro médico para el obligado por medio de una orden de manutención de menores?  
 Si  No

**3.** Cobertura médica para niños dependientes que aparecen en la Sección V y/o el obligado es proveida por:

Para niños dependientes	Para el Obligado	Compañía de Seguros del Obligado:	
Obligado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Deudor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Póliza:	
Medicaid del Estado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compañía de Seguros del Deudor:	
Trabajo del Obligado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trabajo de Deudor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Póliza:	
Otro _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra Compañía de Seguros :	
Desconocido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
No Cobertura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Póliza:	

**4.** El costo pagado mensualmente por el obligado para el seguro médico para los niños del deudor es solo:\$ \_\_\_\_\_  
(Si seguro médico es proveido por el obligado o el trabajo del deudor, salte al número 6).

**5.** El obligado puede comprar el necesitado seguro médico a un costo mensual de:\$ \_\_\_\_\_

**6.** Estuvieron los niños alguna vez cubiertos por un seguro médico proveido por el deudor/obligado, o el trabajo del deudor/obligado?  
 Si  No  Desconocido

**7.** Alguno de los niños tiene necesidades especiales o gastos extraordinarios médicos no cubiertos por el seguro?  
 Si  No  
(Si contesta "Si", por favor indique que niño y el tipo de necesidades especiales/gastos médicos extraordinarios y los costos. Incluya pruebas.)

**8.** Está el obligado pidiendo que el deudor le reembolse con cubierta de seguro médico?  Si  No  Desconocido

**VII. Orden de Manutención de Menores e Información de Pagos**

**Vea Sección X**

1. Existe una orden de manutención de menores? (Si "No", pase a la página 7.)  Si  No

2. Residian los niños con el deudor por algún tiempo durante el periodo por el cuál estamos intentando obtener la orden de manutención de menores, excepto durante periodos de visitas especificadas por una orden de un tribunal?  Si  No Si su respuesta es "Si", Identifique los Periodos de Residencia:

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

3. Si una modificación es requerida, indique en que se basa para pedirla:

- Los ingresos del deudor han incrementado o se han reducido substancialmente.
- Los ingresos del obligado han incrementado o se han reducido substancialmente.
- Las necesidades del deudor/obligado o de los niños se han incrementado o se han reducido substancialmente.
- Otro, Explique \_\_\_\_\_

4. Describa todas las ordenes de manutención de menores (incluyendo todas las ordenes pertinentes y modificaciones). NOTA: si más de tres (3) ordenes existen, añada una completa descripción como la de abajo para cada una.

Fecha de la Orden	Cantidad \$	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos \$	Por Mes/Semana/etc
Interes \$ _____ hasta _____ (fecha)			Atrasos Totales \$ _____ hasta _____ (fecha)	

Nombre del Tribunal y Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de la Orden	Cantidad \$	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos \$	Por Mes/Semana/etc
Interest \$ _____ hasta _____ (fecha)			Atrasos Totales\$ _____ hasta _____ (fecha)	

Nombre del Tribunal y Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de la Orden	Cantidad \$	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos \$	Por Mes/Semana/etc.
Interest \$ _____ hasta _____ (fecha)			Atrasos Totales \$ _____ hasta _____ (fecha)	

Nombre del Tribunal y Dirección \_\_\_\_\_

5. Reembolso de Cuentas Médicas sin Pagar \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(documentación proveida) Fecha \_\_\_\_\_

6. Otras Cuentas Pendientes y Cargos \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Explique: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

7. Pagos Directos al Obligado:  Declaración jurada del Obligado Proveida  No Pagos Directos Recividos

8. Historial de pagos de manutención de menores del deudor :  
 Copia certificada del historial de pagos del tribunal/agencia es proveido. (Salte a la página 7)  
 Historial de pagos proveido en la página 6a  
 No Aplicable; el Estado que responde no lo requiere. (Salte a la página 7)

Desde el (Año) hasta el (Año):	Agencia Que Preparó la Auditoria/Historial de Pagos:
--------------------------------	--

**TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 6a**

Iniciando Caso de IV-D Número \_\_\_\_\_

Historial de Pagos del Deudor                      Atrasos Adjudicados \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Fecha de la Orden

Año: _____				Año: _____			
	Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo		Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo
Enero							
Feb							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Sept							
Octubre							
Nov							
Dic							
Total							

Año: _____				Año: _____			
	Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo		Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo
Enero							
Feb							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Sept							
Octubre							
Nov							
Dic							
Total							

Total de Atrasos Adjudicados y Atrasos Acumulados \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
 Fecha                                      Nombre/Título, Agencia o Tribunal                                      Firma

\_\_\_\_\_  
 Jurado y Firmado delante de mi                                      Notario Público, Oficial y Título                                      Caduca Comisión  
 este Día, Condado, Estado

**VIII. TANF/Foster Care/Estado de Asistencia Médica [ ]** *Vea*

**Sección X**

[Si no fueron pagados beneficios de TANF/Foster Care/Asistencia Médica, salte a la Sección IX.]

1. Periodo durante el cual TANF/Foster Care fué pagado:

Desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_  
Primer mes                      año                      Ultimo mes                      año                      Estado

2. Cantida Total de TANF/Foster Care pagada: \$ \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Fecha

3. Asistencia Médica relacionada con prenatal, postnatal, o gastos generales que fueron pagados en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ por: \_\_\_\_\_  
Agencia o Persona

**IX. Información Financiera [ ]** *Vea Sección X*

Información requerida varia basado en las reglas y leyes del Estado respondiendo. Actualizaciones podrian ser requeridas.

**A. Ingresos Mensuales de Todas las Fuentes:**

1. Está el demandante empleado? [ ] Si; ocupación: \_\_\_\_\_ [ ] No tiene ingresos: \_\_\_\_\_

2. Ingresos Brutos Mensuales		Demandante	Esposo/Compañero	Dependientes del Deudor
a) Asistencia Pública		\$ _____	\$ _____	\$ _____
	i) SSI	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	ii) Asistencia Familiar	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	iii) Otro	\$ _____	\$ _____	\$ _____
b) Salario básico		\$ _____	\$ _____	\$ _____
c) Horas extraordinarias , comisiones, propinas, bonos, jornada partida		\$ _____	\$ _____	\$ _____
d) Compensación de Desempleo		\$ _____	\$ _____	\$ _____
e) Compensación de trabajadores		\$ _____	\$ _____	\$ _____
f) Incapacidad del Seguro Social		\$ _____	\$ _____	\$ _____
g) Retiro del Seguro Social		\$ _____	\$ _____	\$ _____
h) Dividendos e interes		\$ _____	\$ _____	\$ _____
i) Ingresos de renta vitalicia		\$ _____	\$ _____	\$ _____
j) Pensiones, Retiros		\$ _____	\$ _____	\$ _____
k) Manutención de menores		\$ _____	\$ _____	\$ _____
l) Pensión alimenticia		\$ _____	\$ _____	\$ _____
m) Todas otras fuentes		\$ _____	\$ _____	\$ _____

Explique "otras fuentes": \_\_\_\_\_

3. Total Mensualidad Bruta (lineas "2a" hasta "2m")		\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. Deducciones de Ingresos Brutos	a) Impuestos Federales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	b) Impuestos del Estado	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	c) Impuestos Locales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	d) F.I.C.A	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 8**

Iniciando Caso de IV-D Número

5. Ajustados Ingresos Netos Mensuales (lineas "3" menos lineas "4a hasta 4d")	Demandante	Esposo/Compañero	Dependientes del Deudor
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. Otras Deducciones			
a) Ahorros	\$ _____	\$ _____	\$ _____
b) Reembolso de préstamo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
c) Retiro Mandatorio	\$ _____	\$ _____	\$ _____
d) Retiro no Mandatorio	\$ _____	\$ _____	\$ _____
e) Seguro Médico	\$ _____	\$ _____	\$ _____
f) Cuotas Sindicales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
g) Otro (especifique)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. Ingresos Mensuales Netos (linea "5" menos lineas "6a hasta 6g")	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. Ingresos Brutos del Año Anterior	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Adjunte los tres más recientes talones de pago de cada trabajo de cada persona.

B. Gastos Mensuales		Demandante	Dependientes del Deudor
1) Alquiler/Hipoteca		\$ _____	\$ _____
2) Seguro de Viviendas/Seguro para Inquilinos		\$ _____	\$ _____
3) Mantenimiento de la Casa y Reparos		\$ _____	\$ _____
4) Calefacción		\$ _____	\$ _____
5) Electricidad/Gas		\$ _____	\$ _____
6) Teléfono		\$ _____	\$ _____
7) Agua/Basura		\$ _____	\$ _____
8) Comida		\$ _____	\$ _____
9) Lavandería/Tintorería.		\$ _____	\$ _____
10) Ropa		\$ _____	\$ _____
11) Seguro de Vida		\$ _____	\$ _____
12) Seguro Médico		\$ _____	\$ _____
13) Gastos Extraordinarios sin Seguro Médico (Adjunte documentación)		\$ _____	\$ _____
14) Otros Gastos Relacionados con la Salud sin Seguro Médico		\$ _____	\$ _____
15) Pago de Coche		\$ _____	\$ _____
16) Seguro de Coche		\$ _____	\$ _____
17) Gastos de Coche		\$ _____	\$ _____
18) Otro Transporte		\$ _____	\$ _____
19) Guardería o niñera			
	Proveedor: _____		
	Frecuencia: _____ Por _____		
20) Pagos de Manutención de Menores , cantidad actual pagada		\$ _____	\$ _____
21) Servicio de Internet		\$ _____	\$ _____
22) Otro; Explique:			
<b>Total de Gastos Mensuales (lineas 1 hasta 22)</b>		\$ _____	\$ _____

**C. Bienes:**

1.) Propiedades			
		Dirección	
		Dueño	
		Titulo	
\$ _____	<b>menos</b>	\$ _____	= \$ _____
Valor		Hipoteca	

2) IRA, Keogh, Pensión, Participación de beneficios, Otros Planes de Retiro

	\$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta	
	\$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta	

3.) Anualidad del Plan de Impuestos Diferidos	\$ _____
---	----------

4.) Seguro de Vida de Valor Actual en Efectivo	\$ _____
--	----------

5.) Cuenta Corriente y de Ahorros , Cuentas Money Market y CDs	
	\$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta	
	\$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta	

6.) Automóviles/Vehiculos					
			\$ _____	menos	\$ _____ = \$ _____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito
			\$ _____	menos	\$ _____ = \$ _____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito
			\$ _____	menos	\$ _____ = \$ _____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito

7) Otro (ejemplo:, Propiedad Personal, Valores, etc). Describa: _____	\$ _____
---	----------

<b>Total de Bienes</b> (lineas 1 hasta 7)	\$ _____
---	----------





## DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN DE SERVICIOS

«FIELD82»  
 «FIELD83»  
 «FIELD84»  
 «FIELD85», «FIELD86» «FIELD87»

Telephone: 1-877-423-4746 (DCSS Contact Center - Toll Free)

Fax: «FIELD290»

Para que la manutención infantil se envíe directamente a su cuenta corriente o caja de ahorros, lea, complete e imprima este formulario. Incluir un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada con su formulario. Envíe por correo el cheque anulado o la boleta de depósito de caja de ahorros anulada y este formulario a su oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

### Sección 1: ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DIRECTO DE PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Autorizo a la División de Manutención Infantil (DCSS) a depositar mis pagos de manutención infantil directamente en mi cuenta corriente o caja de ahorros según se especifica a continuación. **La DCSS también está autorizada a ajustar cualquier exceso/faltante que se ha hecho en mi cuenta corriente o caja de ahorros.** Comprendo que los depósitos/ajustes se realizarán electrónicamente mediante transacciones de compensación automatizada y debo dar a la Reserva Federal dos días hábiles desde la fecha de desembolso para que estos fondos estén disponibles para mi institución financiera. También comprendo lo siguiente: es mi responsabilidad brindar la información de enrutamiento y la información de cuenta correctas para las transmisiones de compensación automatizada adjuntando un cheque anulado o un impreso de la institución financiera anulado para esta autorización. La DCSS no realiza una validación de cuenta para verificar mi información. Notificaré de inmediato a la DCSS si ocurre algún cambio en mi información bancaria. Debo presentar un nuevo formulario de autorización para modificar mi depósito directo. Puedo interrumpir mi depósito directo notificando a la línea gratuita de la DCSS o a la oficina local. Debo notificar a la oficina local de la DCSS sobre cualquier cambio en mi domicilio. Debo incluir mi nombre y número de caso en toda la correspondencia sobre el depósito directo. La línea gratuita y el sitio web de la DCSS proporcionan la fecha en la que el sistema de la DCSS desembolsó mi pago; debo verificar con mi institución financiera cuándo se publica el pago en mi cuenta y cuándo mis fondos están disponibles para ser retirados.

Con mi firma a continuación manifiesto que he leído y que acepto todas las condiciones enumeradas anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Firmado el día: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN CON LETRA DE IMPRENTA O LEGIBLE EN TINTA\*\*\*\*\*

### Sección 2: INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA

Nombre: (Según aparece en su cheque del DDS de Georgia)	Número de caso de la DCSS de Georgia:	
Número de seguro social:	Números de caso adicionales de la DCSS de Georgia:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono para uso durante el día:	Correo electrónico:	

### Sección 3: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

Nombre de la institución financiera:		
Número de enrutamiento:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta: [ ] Cuenta corriente [ ] Caja de ahorros
Ciudad:	Estado:	Teléfono:

### Sección 4: \*\*\*\*\*PARA USO EXCLUSIVO DE LA DCSS\*\*\*\*\*

Fecha de recepción: ___/___/___	Fecha de entrada: ___/___/___	Fecha de verificación: ___/___/___
Iniciales:	Iniciales:	Iniciales:

Por favor verifique toda la información. Luego, envíe por correo este formulario completo junto con un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada a la oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

Marque aquí si es una cuenta "Solo para tarjeta bancaria"

**Para su información:** Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-877-423-4746.



### **Tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia**

La División de Manutención Infantil (DCSS) ya no envía los pagos de manutención infantil por correo a través de cheques de papel. Si no envía una solicitud para que sus pagos de manutención infantil se depositen en su cuenta corriente o caja de ahorros, se le enviará por correo una tarjeta de débito MasterCard a través del servicio de correo de primera clase dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que el primer pago de manutención infantil se realiza para su caso.

La tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia le permite:

1. Realizar compras en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
2. Obtener reembolsos en efectivo en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
3. Realizar extracciones por ventanilla del banco o cajeros automáticos en donde se acepte MasterCard
4. Acceder a sus pagos de manutención infantil desde cualquier parte en EE. UU. en donde se aceptan las tarjetas de débito MasterCard



Si no recibe su EPPICard dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que su pago de manutención infantil se publica en su caso, contacte al Servicio al cliente de EPPICard en Georgia al 1-800-656-1347. Una vez que haya recibido y activado su EPPICard, podrá recibir alertas de pago creando una cuenta en el sitio web de EPPICard.

Su EPPICard de Georgia expirará cada tres años y se le enviará una nueva tarjeta por correo.

**Asegúrese de mantener actualizada su dirección con la DCSS cada vez que su dirección cambie.**

**Para su información:** Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-877-423-4746.