



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 ayudarle 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

POR FAVOR MARQUE UNO				
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"/>				
TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque el que corresponda)				
Todos los servicios de apoyo disponibles <input type="checkbox"/> Establecer el apoyo médico <input type="checkbox"/>				
HISTORIAL DE TANF (marque todos los que correspondan):				
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 _____				
INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / TUTOR SIN SER PADRE/MADRE				
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"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____		
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:				
INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PADRE/MADRE CON CUSTODIA				
¿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:		
VIOLENCIA DOMÉSTICA				
¿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.				
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.				
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
			\$
			\$

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	\$ _____	Bancarrotas	\$ _____
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:	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES:	\$ _____	TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	\$ _____

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:

Declaración Jurada de Paternidad

Este formulario SE REQUIERE para cada niño(a) incluido(a) en este caso, si se da alguna de las siguientes condiciones:

- No hay un documento del Tribunal que establezca la paternidad LEGAL del(de la) niño(a) mencionado(a);
- La paternidad está en duda por cualquier otra razón;
- Los padres biológicos del(de la) niño(a) no estaban casados al momento de la concepción o del nacimiento;

Este formulario lo completa la siguiente persona:

- El PRESUNTO PADRE, quien solicita servicios de manutención infantil como Padre sin custodia, Padre con custodia
 La MADRE, quien solicita servicios de manutención infantil como Madre con custodia, Madre sin custodia
 El Tutor SIN SER padre/madre (CU) quien tiene la custodia del(de los) niño(s) y posee información limitada acerca de la paternidad.

Nombre del(de la) niño(a) según el Acta de Nacimiento					
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento					
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Raza	Parentesco con el padre/madre con custodia/Tutor		
El(la) niño(a) fue concebido en:					
Ciudad		Estado		País	
Hospital donde nació el(la) niño(a):					
Ciudad		Estado		País	
Estado civil de la madre al nacer el(la) niño(a): <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada el día: __/__/__ Nombre del esposo: _____ <input type="checkbox"/> Separada el día: __/__/__ <input type="checkbox"/> Divorciada el día: __/__/__			Estado civil del padre al nacer el(la) niño(a): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado el día: __/__/__ Nombre de la esposa: _____ <input type="checkbox"/> Separado el día: __/__/__ <input type="checkbox"/> Divorciado el día: __/__/__		
Fecha en que los padres del(de la) niño(a) comenzaron una relación sexual: / / Vivieron juntos desde / / hasta / /					
¿Ha nombrado la madre a alguien más como el padre de este(a) niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro(a)					
De ser así, nombre:			Dirección		
¿Quién es el padre del(de la) niño(a)?			¿Está su nombre en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Firmó alguna vez el presunto padre (NCP, padre sin custodia por sus siglas en inglés) una Declaración de Paternidad o Reconocimiento de Paternidad por este(a) niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
De ser así, ¿cuándo?: ____/____/____ / ¿En qué estado?: _____					
¿Ha proporcionado el NCP manutención infantil, necesidades o regalos a este(a) niño(a)? ¿De qué manera?					
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a este NCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS					
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a algún otro hombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS					

Compareció en persona ante el funcionario abajo firmante, debidamente autorizado para tomar juramentos, quien suscribe y declara bajo juramento que las declaraciones anteriores, concernientes a la paternidad, son verdaderas y correctas. Entiendo que para establecer la paternidad legal del(de los) niño(s) antes mencionado(s), podrían requerirse pruebas médicas. Con mi firma en este documento autorizo a la División de Servicios de Manutención Infantil a prestar los servicios necesarios y apropiados en mi nombre, en lo que respecta a las pruebas genéticas y acciones legales para establecer la paternidad del(de los) niño(s).

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.

Su firma: _____ Fecha: _____

Firma del Notario Público: _____ Fecha de vencimiento de la Comisión: _____

SELLO DEL NOTARIO

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.**

Previa 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.**

Previa 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. Previa 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:



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.