

INSTRUCCIONES

Maryland Departamento de Servicios Humanos

Administración de Manutención del Niño

Si prefiere usted puede completar este formulario electronicamente a <http://dhs.maryland.gov/child-support-services/>

No .: Formar DHS / CSA 980 / 980A

Nombre del formulario: Solicitud de Manutención de los Niños.

Propósito: El propósito de este formulario es recopilar la información de la persona que solicita los servicios de cumplimiento de manutención de niños.

Instrucciones detalladas: Complete las Secciones I, II, III, IV y VI. (Personal del Departamento de Servicios Humanos deberán completar las secciones VII y VIII.)

SECCIÓN I: PADRE CON CUSTODIA

Proporcione toda la información solicitada. Si se marca "Violencia Familiar", proporcione corroboración de las pruebas (por ejemplo, informes de la policía) o razones para creer que la divulgación de estos datos podría resultar en daño físico o emocional a un padre con custodia, padre sin custodia o un niño en un caso. NOTA: No se requieren pruebas de corroboración. Indicando la violencia familiar tendrá un impacto en la calidad del servicio prestado por la restricción de la cantidad de información que puede ser compartida con y obtenido del gobierno federal y otros recursos.

SECCIÓN II: MANUTENCIÓN

Proporcione toda la información solicitada.

SECCIÓN III: LOS PADRES SIN CUSTODIA

Proporcione la información más reciente. La fecha de la última dirección conocida se refiere a la última fecha en la que la información se sabía que era correcto.

SECCIÓN IV: SEGURO DE SALUD

Si cualquiera de los padres tiene una cobertura de seguro de salud individual o cobertura de seguro médico para el niño (s), marque la casilla correspondiente y registre la información acerca de la compañía de seguros, si se conoce.

SECCIÓN V: LA REPRESENTACIÓN LEGAL

SECCIÓN VI: PAGOS Y FIRMAS

Después de completar la información requerida, el formulario debe ser firmado por el solicitante.

SECCIÓN VII: SERVICIOS REQUERIDOS

Debe ser completado por el personal del manutención del niño.

SECCIÓN IX: VALIDACIÓN

El personal de manutención del niño deberá marcar la casilla correspondiente, firmar el formulario, introducir su título y la fecha de la validación Nota: Algunos solicitantes completarán más de una aplicación. En esos casos, marque "tasa de solicitud de \$ 15.00 pagado" en una sola forma. Marque "cuota pagada previamente" en todos los demás.

DOCUMENTO AGREGADO: ESTADOS FINANCIEROS

Proporcione toda la información solicitada.

Distribución: Solicitud para los Servicios de Manutención del Niño debe ser retenida y ejemplares distribuidos de la siguiente manera: Original - carpeta de la caja, 1 copia con el solicitante, 1 copia al fiscal si va acompañada de cuota, 1 copia al fiscal, si es necesario.

Maryland Departamento de Servicios Humanos
Administración de Cumplimiento de Manutención de Niño
SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DEL NIÑO

Por favor, complete este formulario cuidadosamente y proporcione tanta información detallada como sea posible. Imprimir legible las respuestas en este formulario. Si usted es el padre de la custodia, complete un formulario por cada padre sin custodia de quien desea soporte. La exactitud de la información que proporcione puede afectar la forma en que se maneja su caso. La revelación de su número de la Seguridad Social, y el número (s) de la Seguridad Social de su hijo (s), es requerido por la ley federal (42 USC 666 (a) (13)). La Administración de cumplimiento de manutención del niño utilizará estos números de la Seguridad Social sólo con el propósito de establecer y hacer cumplir manutención para usted y su familia. Si usted no entiende alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame al 1-800-332-6347.

SECCIÓN I: PADRES CON CUSTODIA - (padre o familiar con el que residen los hijos)

Nombre legal completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Apellido de soltera			Nombre Alias			
Dirección			Sexo	Fecha de nacimiento		Raza
Ciudad	Estado	Postal Código	Número de la Seguridad Social		Número de licencia de conducir	
Hogar del teléfono		Teléfono del empleo		Teléfono celular		E-mail / Web
Nombre del empleador			Dirección del empleador			
Nombre del pariente más cercano			Número de Teléfono del pariente más cercano			
Dirección del pariente más cercano		Código	Estado		Postal Ciudad	

- Violencia Familiar: Creo que la divulgación de mi dirección u otra información de identificación podría resultar en daño físico o emocional a mí o mi hijo. (Por favor, vea las instrucciones en la primera página)**
- Creo que la otra parte (los padres) cooperará con esta oficina para establecer, modificar y hacer cumplir una orden de manutención.**
- Creo que el padre va a solicitar pruebas genéticas.**

SECCIÓN II: MANUTENCIÓN - LOS NIÑOS:

Nombre	Número de la Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Estado y Condado de Nacimiento	Sexo	Raza	Relación	Estado de Concepción
--------	-------------------------------	---------------------	--------------------------------	------	------	----------	----------------------

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

1. Si usted es la madre biológica del niño (s), estuvo casada con el hombre que sea el padre sin custodia en el momento fueron concebidos o nacidos los niño (s)? Sí No

2. ¿Cuál es su relación con el padre sin custodia?

Nunca se ha casado Casado actualmente Separado Divorciado Otro _____

3. Fecha casados: _____ Estado donde se casó: _____ Fecha/Lugar divorciados /separados: _____

4. Si se han separado, han iniciado el proceso de divorcio por un abogado particular y/o acción de la corte es actualmente pendiente? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre, dirección y número de teléfono del abogado y el condado y estado del tribunal en que la acción está pendiente:

5. Manutención de los hijos se incluye en esta acción? Sí No

6. Si los padres no estaban casados: ¿Se ha establecido la paternidad del hijo (s)? Sí No

7. Fue una declaración jurada de paternidad firmado? Sí No En caso afirmativo, cuál es el Estado?

8. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta # 6 o 7, enumere los niños para los cuales se ha establecido la paternidad o una declaración jurada de paternidad firmado:

9. ¿Tiene una orden judicial para la manutención de los hijos de este padre sin custodia? Sí No

10. Si ha respondido afirmativamente a pregunta # 4, 5, 6, 7, 8 o 9 anterior, indique donde estableció su orden en el que la paternidad / manutención. Incluya una copia de la orden con su solicitud.

Condado	Estado	Número de la Orden	Fecha de fin
---------	--------	--------------------	--------------

11. ¿Paga la manutención el padre sin custodia? Sí No

12. Si el padre sin custodia paga la manutención, a quien lo paga?

Amil A una agencia de manutención Otro _____

13. Nombre y dirección de la agencia de manutención: _____

14. Fecha de último pagó: _____ Cantidad: \$ _____

15. ¿Es la manutención prestado por una asignación militar? Sí No

16. ¿Alguna vez ha recibido Asistencia Temporal Efectivo (TCA, anteriormente AFDC o "bienestar"), Asistencia Médica, o previamente solicitado servicios de manutención infantil? Sí No

En caso afirmativo, indique el condado y estado: _____ Fecha de la última revisión de TCA en su caso: _____

17. Fecha del último contacto del padre sin custodia con solicitante o niño:

SECCIÓN III - PADRES SIN CUSTODIA (Padre de quien desea soporte)

Nombre legal completo (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Alias/Apodo		Número telefónico		Número de empleo	
Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Número de Seguridad Social	Número celular	
La última dirección conocida		Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha
Correo electrónico/Dirección web		Ojos	Pelo	Altura	Peso

Marcas de identificación; _____

Número de licencia de conducir	Etiqueta del automóvil	Marca/Modelo	Año
--------------------------------	------------------------	--------------	-----

1. Las fechas de servicio militar actual o anterior: Desde _____ hasta _____ Qué rama? _____

2. ¿ Ha estado encárcelado el padre sin custodia? Sí No Fechas: Desde _____ hasta _____

Nombre de la cárcel: _____ Dirección _____

3. Lugar del nacimiento del padre sin custodia:

4. ¿Es el padre sin custodia un miembro de una Unión / local? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

5. Nombre del pariente más cercano del padre sin custodia: _____ Relación _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

6. Nombre de la madre del padre sin custodia: _____ Nombre de soltera: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

7. Nombre del padre del padre sin custodia: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

8. El actual o último empleador conocido del padre sin custodia:

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono: _____ Desde _____ hasta _____

9. ¿ Recibe el padre sin custodia una pensión, beneficios por discapacidad, la seguridad social, o tener cualquier otra fuente de ingresos? Sí No Desconocido

Cantidad de ingresos: \$ _____ De qué fuente: _____

10. ¿Tiene el padre sin custodia una licencia, certificado, registro o tarjeta que es necesario practicar o trabajar en un negocio particular, ocupación o profesión? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

11. ¿Tiene el padre sin custodia otros casos de manutención? Sí No Desconocido
En caso afirmativo, en qué Estado? _____

12. ¿Tiene una fotografía del padre sin custodia? Sí No En caso afirmativo, adjunte fotografía.

SECCIÓN IV - SEGURO DE SALUD

1. ¿Los niños tienen seguro de salud? Sí No Desconocido

2. Es el seguro proporcionado por Madre Padre Otro (Estado, padrastro, abuelo, etc)
Nombre / relación de otro proveedor _____

3. El nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros de salud que cubre los niño(s).

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha efectiva: _____

Fecha de expiración: _____

4. Nombre y dirección del empleador que proporciona el seguro de salud.

5. Los nombres de los niño cubiertos por el seguro de salud.

6. Tipo de cobertura proporcionado: (Marque la cobertura apropiado)

HMO PPO/PPN POS Farmacia Dental Visión
 Servicios del Hospital Servicios del medico Otro

SECCIÓN V: LA REPRESENTACIÓN LEGAL

Un abogado que trabaja en el programa de Manutención de Niños representa la Administración de Manutención del Niño del Estado de Maryland. El abogado no representa a usted o su interés personal y no hay ninguna relación de abogado-cliente entre usted y el abogado, entre usted y la oficina de manutención, o cualquiera de sus empleados. Cualquier información que proporcione no se puede tratar como confidencial, salvo lo dispuesto por la ley. Es posible que deba aparecer como testigo en el tribunal. Su falta de comparecencia de conformidad con la corte para una orden o citación podrían dar lugar a su detención.

SECCIÓN VI: PAGOS Y FIRMAS

Los pagos se aplican al Manutención actual en primer lugar, a continuación, los atrasos. Si un deudor tiene más de una obligación, los pagos recogidos por retención de ingresos se reparten entre las familias, de acuerdo con 45 CFR 303.100 (a) (5).

Cuota de Divulgación: Yo entiendo que puedo ser requerido a pagar una cuota de \$15 no reembolsable, incluso si la agencia no tiene éxito en la obtención de manutención para el niño (s). Una cuota anual de usuarios \$15 puede ser deducido de mi pago manutención si los colecciones superan a los \$3,500.

La Administración de Manutención del Niño del Estado de Maryland desembolsa los pagos de manutención por depósito directo en una cuenta corriente o de ahorros. Usted tendrá que completar una solicitud para el deposito directo quando están abiertas tus cuentas de Manutención del Niño. Si usted no completa la solicitud de deposito directo una tarjeta de débito del Banco de América estará proporcionado.

Entiendo que se me puede exigir a devolver el dinero enviado a mí por error y puedo estar de acuerdo en que se han tomado de forma incremental de los futuros pagos. La falta de acuerdo en que es sacado de los pagos futuros no afectará mi solicitud de servicios.

Yo acepto recuperación de los pagos futuros.

Estoy solicitando los servicios de cumplimiento de manutención en nombre del niño (s) que figuran en esta solicitud. Por la presente certifico bajo pena, como se establece en el código legal, que yo personalmente he proporcionado toda la información contenida en este documento y es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en notificar a mi oficina CSA local inmediatamente de cualquier cambio en mi dirección residencial o postal, número de teléfono, ingresos, gastos o empleo. Tengo ya sea leído esta solicitud y toda la información contenida en ella, o la ha leído a mí. He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades y estoy de acuerdo en cumplir con todas las obligaciones impuestas sobre mí mediante la presentación y firma de esta solicitud.

Juro y afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones dadas son verdaderas y correctas.

Firma del solicitante

Fecha

NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA

SECTION VII: SERVICIOS REQUERIDOS

- Todos los servicios de establecimiento /cumplimiento
- Ubicación del otro padre
- Establecimiento de la paternidad
- Establecimiento /Ejecución de los seguros de salud sólo
- Colección/ cumplimiento
- Modificación
- Establecimiento de una orden judicial

SECCIÓN VIII: VALIDACIÓN

- \$15 Gasto de la aplicación pagado
- Gasto previamente pagado
- No hay cuota gasto. Explicación _____
- Cliente de la Asistencia Médica. Gasto no se aplica.
- Solicitante de TCA – gasto diferido.

Firma del validador (Personal CSA)

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Como Cliente de la Administración de Manutención del Niño que tiene los siguientes derechos y obligaciones:

- El derecho a los servicios disponibles, independientemente de su raza, color, credo, origen nacional, o como se define por la ADA.
- El derecho a la información con respecto a los derechos del cliente, incluyendo una copia de este documento y / o una explicación de los derechos del cliente en un idioma de su elección, en la medida en que sea posible, y el acceso a un intérprete para entender ejercer y proteger sus derechos.
- El derecho a que su expediente del caso mantiene privado como es requerido por leyes estatales y federales.
- El derecho a hacer sugerencias o quejas cuando cree que sus servicios se han retrasado o no está de acuerdo con una decisión.
- El derecho a recibir servicios adecuados que siguen estatales, federales, y las leyes y reglamentos locales.
- El derecho a ser tratado con respeto y cortesía.
- El derecho a ser informado acerca de cualquier pago a fin de recibir los servicios.

Como cliente de esta agencia tiene la responsabilidad de:

- Tratar al personal con respeto y cortesía,
- Dar información correcta y completa acerca de las personas involucradas en su caso,
- Informar a CSA inmediatamente de algún cambio en la custodia legal, su dirección, el empleo, los ingresos y el seguro de salud,
- Proporcionar copias de todas las órdenes judiciales relevantes,
- Asistir a todas las citas programadas,
- Responder con sinceridad y rapidez a las cartas, avisos u otras preguntas de la Agencia, y
- Notificar a su oficina local de mantenimiento antes de presentar cualquier acción civil o criminal en relación con la manutención de los niños.

DOCUMENTO AGREGADO - ESTADO FINANCIERO

Yo, _____, declaro que soy la madre / el padre o
Nombre

_____ de los hijos menores de edad enumerados a continuación:
Otro (tía, tutor, abuela, etc.)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento

Lo siguiente es una lista de mis ingresos y gastos. *Consulte las definiciones antes de completar.*

El ingreso total mensual (antes de impuestos) \$ _____

La manutención de menores estoy pagando por mi otro niño(s) cada mes \$ _____

La pensión alimenticia que estoy pagando cada mes _____ \$ _____

Nombre _____

La pensión alimenticia que estoy recibiendo cada mes _____ \$ _____

Nombre _____

Para los niños mencionados anteriormente:

Gastos mensuales del seguro médico \$ _____

Gastos mensuales de guardería relacionados con el trabajo \$ _____

Gastos médicos extraordinarios \$ _____

Gastos de transporte/educación \$ _____

* Para calcular la cantidad mensual de gastos, los gastos semanales se deben multiplicar por 4.3, y los gastos anuales se deben dividir por 12. Si usted no paga la misma cantidad cada mes para cualquiera de las categorías enumeradas, determinar su gasto mensual promedio.

Ingreso Total Mensual: Incluya los ingresos de todas las fuentes, incluyendo auto-empleo, renta, regalías, rentas de la empresa, los sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, dividendos, pensiones, intereses, fideicomisos, anualidades, beneficios del seguro social, compensación de trabajadores, beneficios de desempleo, discapacidad beneficios, pensión alimenticia o mantenimiento recibidos, consejos, los ingresos por trabajos secundarios, indemnización por despido, ganancias de capital, regalos, premios, premios de lotería, etc. No reportan beneficios de los programas de asistencia pública con comprobación de recursos, tales como cupones de alimentos o TCA.

Gastos médicos extraordinarios: Gastos no asegurados más de \$100 para una sola enfermedad o condición incluso ortodoncia, tratamiento dental, el tratamiento del asma, la terapia física, el tratamiento de problemas de salud crónicos, y el asesoramiento profesional o terapia psiquiátrica para los trastornos mentales diagnosticados.

Los gastos de cuidado de niños: Los gastos de cuidado de niños reales incurridos en nombre de un niño debido al empleo o el trabajo de búsqueda de cualquiera de los padres con el importe que será determinado por la experiencia real o el nivel requerido para proporcionar una atención de calidad a partir de una fuente autorizada.

Gastos de educación y transporte: Los gastos para asistir a una escuela primaria o secundaria especial o privada para satisfacer las necesidades particulares del niño o los gastos de transporte del niño entre las casas de los padres.