

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND
Administración del Cumplimiento de Manutención de Menores
**SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DEL CUMPLIMIENTO
DE MANUTENCION DE MENORES**

INSTRUCCIONES

Formulario No.: DHR/CSEA 980/980A

Nombre del Formulario: Solicitud para los Servicios del Cumplimiento de Manutención de Menores

Propósito: El propósito de éste formulario es recopilar la información de la persona que solicita los servicios del cumplimiento de manutención de menores.

Instrucciones Detalladas: Complete las Secciones I, II, III, IV y V. El empleado de Manutención de Menores deberá completar las Secciones VI y VII.

Sección I: Padre Custodio

Proporcione toda la información solicitada. Si se selecciona “Violencia Familiar”, provea pruebas corroborantes (por ejemplo, informes de policía) o razones para creer que la divulgación de éstos datos puede resultar en daño físico o emocional a un padre custodio, a un padre sin custodia o a un niño en el caso. **NOTA:** No se requiere prueba corroborante. Indicar que la violencia familiar afectará la calidad del servicio prestado mediante la restricción de la cantidad de información que puede ser compartida con y obtenida del gobierno federal y otros recursos seguros.

Sección II: Manutención

Proporcione toda la información solicitada.

Sección III: Padre sin Custodia

Proporcione la información más reciente. La FECHA después del ultimo domicilio conocido, se refiere a la última fecha en la que la información fue conocida correctamente. Si se selecciona “Violencia Familiar”, provea evidencia corroborante (por ejemplo reportes de policía) o la razón para creer que la divulgación de éstos datos pueden resultar en daño físico o emocional para un padre custodio, padre sin custodia o un niño en el caso.

NOTA: No se requiere evidencia corroborante. Indicar violencia familiar afectará la calidad del servicio prestado mediante la restricción de la cantidad de información que puede ser compartida con y obtenida del gobierno federal y otros recursos seguros.

Sección IV: Seguro de Salud

Si los padres tienen una cobertura de seguro de salud individual o cobertura de seguro de salud para el niño(s), márque la casilla correspondiente y escriba la información de la compañía de seguros, si la conoce.

Sección V: Firma

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

Sección VI: Servicios Requeridos

El empleado de manutención debe marcar la casilla correspondiente para el tipo de servicio requerido.

Sección VII: Validación

El empleado de manutención debe marcar la casilla correspondiente, firmar el formulario, escribir su título y la fecha de validación

Nota: Algunos solicitantes completarán más de una solicitud. En esos casos, “se pagará un cheque de \$25.00 por solicitud”, solamente por una solicitud. Márque o escriba “Previamente pagado” en todos los demás formularios.

Distribución: La solicitud de Servicios del Cumplimiento de Manutención de Menores debe guardarse y distribuir las copias. Las instrucciones para la retención y distribución de los formularios 980-980A se proveen a continuación.

Original –Folder del Caso 1 copia para el solicitante 1 copia al fiscal, si se acompaña del pago 1 copia al demandante, si es necesario.

(PAGINA SIGUIENTE)

4. Si esta separada, ha iniciado el proceso de divorcio por un abogado privado y/o esta pendiente en la corte? Sí No

En caso afirmativo, por favor escriba el nombre, dirección y número de teléfono del abogado, el Condado y

Estado en el que está pendiente: _____

¿Está la manutención incluida en esta acción? Sí No

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

6. ¿Se estableció la paternidad por declaración jurada? Sí No En caso afirmativo, cuál es el Estado? _____

7. ¿Se estableció la paternidad por Orden judicial? Sí No En caso afirmativo, cuál es el Estado? _____

8. Si ha contestado SI a la pregunta #6 ó 7, por favor enumere los hijos para los que se ha establecido la paternidad o se ha firmado una Declaración de Paternidad:

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

10. Si usted contestó sí a las preguntas #4, 5, 6, 7, 8 ó 9, presente la orden de manutención/paternidad que fue ordenada. Incluya una copia de la orden con su solicitud.

Condado	Estado	Expediente de la Corte #	Fecha de la orden
---------	--------	--------------------------	-------------------

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

12. Si es afirmativo o algunas veces, ¿a quién le paga la manutención el padre sin custodia?

A usted A una agencia de manutención Otro _____

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

14. Fecha del último pago _____ Cantidad: \$ _____

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

16. ¿Ha recibido usted Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, anteriormente AFDC o "welfare,"), Asistencia Médica, o ha solicitado previamente la Manutención de Menores? Sí No

Si es afirmativo, indique el Condado y Estado: _____ Fecha del ultimo cheque TCA si es aplicable: _____

17. Fecha de la última vez que el NCP (siglas en Inglés) se comunicó con el solicitante o niño: _____

(PAGINA SIGUENTE)

SECCION III – PADRE SIN CUSTODIA (PERSONA CON LA QUE LOS NIÑOS NO VIVEN)

Nombre legal completo(Primero, Segundo, Apellido) Apellido de Soltera Alias/Apodo Número de teléfono Teléfono de trabajo

Fecha de nacimiento Raza Sexo Número de Seguro Social Número de celular

Dirección (Ultima dirección conocida) Apt # Ciudad Estado Código postal Fecha

Si usted es el Padre sin Custodia, por favor márque la casilla(s) apropiada[s]:

Violencia Familiar : Yo creo que la divulgación de mi dirección u otra información de identidad puede resultar en daño físico o emocional para mi hijo(s) o para mi. (Por favor ver instrucciones en la página 1)

Yo creo que la otra persona (padre) cooperará con ésta oficina para establecer, modificar y hacer cumplir la orden de manutención.

Me gustaría hacer la prueba genética. (Puede ser que tenga que pagar por las pruebas genéticas)

Correo electrónico/dirección de internet Color de Ojos Color de Pelo Altura Peso

Marcas de Identificación: _____

Número de licencia de conducir Número de Placas Modelo/marca de Automóvil Año

1. Fechas de servicio military actual o anterior: A partir de ___ a _____ ¿Qué sucursal? _____

2. ¿Alguna vez ha estado el padre sin custodia en la cárcel? D Sí D No Fechas: De ___ a _____

Nombre de la cárcel: _____ Dirección: _____

3. Nombre del papá del padre sin custodia: _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

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

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

5. Nombre del familiar más cercano sin custodia: _____ Parentesco _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

6. Lugar de nacimiento del padre sin custodia: _____

7. Actual o último empleador conocido del padre sin custodia: _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono: _____ Historial de Empleo – Fechas: De _____ a _____

(PAGINA SIGUENTE)

8. ¿El padre sin custodia recibe una pensión, beneficios por discapacidad, seguro social, o tiene cualquier otra fuente de ingresos?

Sí No Se desconoce

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

9. ¿Es el padre sin custodia un miembro de la Union/Local? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

10. ¿El padre sin custodia tiene una licencia, certificado, registro o permiso que se necesita para practicar o trabajar en un negocio particular, ocupación o profesión? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

11. ¿El padre sin custodia tiene otros casos de manutención? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, ¿en qué estado o estados? _____

12. ¿Tiene usted una fotografía del padre sin custodia? Sí No En caso afirmativo, favor de adjuntarla.

SECCION IV – SEGURO DE SALUD

1. ¿Tienen los niños actualmente seguro de salud? Sí No Se desconoce

2. Seguro proveído por:

Padre:

Madre:

Otro (Estado, Padrastro, Abuelo, etc.):

Nombre: _____ Parentesco: _____

3. Compañía de seguros:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de póliza: _____

Número de Grupo: _____ Fecha de vigencia: _____ Fecha que vence póliza: _____

4. ¿Se dispone de seguro a través de un empleador por medio de

Padre: Sí No

Madre: Sí No

5. Nombre y dirección de la empresa proveedora del seguro de salud. _____

6. Nombre del niño(s) cubiertos por el seguro de salud. _____

7. Tipo de cobertura proporcionada: (Márque una cobertura apropiada)

HMO PPO/PPN POS Farmacia Dental Vision Servicios de Hospital
 Servicios médicos

(PAGINA SIGUENTE)

SECCION V: REPRESENTACION LEGAL

Un abogado que trabaja en el programa del cumplimiento de la manutención representa la Administración del Cumplimiento de la Manutención de Menores del Estado de Maryland. El abogado **no** lo representa a usted o sus intereses personales y no hay ninguna relación de cliente-abogado entre usted y el abogado, entre usted y la oficina de manutención de menores o cualquiera de sus empleados. Cualquier información que usted provea no se puede tratar confidencialmente, excepto lo dispuesto por la ley. Puede ser que a usted se le pida comparecer como testigo ante el tribunal. Su falta de comparecencia al tribunal en virtud de una orden o citación podría resultar en su detención.

Yo estoy solicitando los servicios de manutención en nombre del hijo(s) enumerado(s) anteriormente. Entiendo que voy a tener que pagar \$25.00 por la solicitud que no será reembolsable, incluso si la agencia no tiene éxito en obtener la manutención del hijo(s).

Entiendo que puede ser que me pidan devolver el dinero que me enviaron por error y estoy de acuerdo que lo quiten por incrementos de los pagos futuros. El no estar de acuerdo en que quiten por incrementos de los pagos futuros no afectará mi solicitud de servicios.

Convenio de recuperación de los pagos futuros.

Primero los pagos se aplican a la manutención actual, después a los atrasos.

Si un deudor tiene más de una obligación, cualquier pago recaudado mediante retención de ingresos será distribuido entre las familias de acuerdo con la ley 45 CFR 303.100(a)(5).

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

Firma

Fecha

Declaración de Pago: Los siguientes pagos pueden aplicarse a su caso conforme a lo autorizado por el Código de Regulaciones Federales (CFR, siglas en Inglés) y el establecido por el Código de

- Regulaciones de Maryland (COMAR) 07.07.02.02:
- \$25 Pago por Solicitud- 45 CFR 302.33
- \$25 Impuesto Federal- 45 CFR 303.72
- \$25 Pago Anual- 45 CFR 302.33
- \$10 Intercepción de Impuestos Estatales- 45 CFR 303.102

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

SECCION VI: SERVICIOS REQUERIDOS

- Todos los servicios de establecimiento/ejecución
- Cobro/aplicación de la ley
- Ubicación del otro padre
- Modificación
- Establecimiento de paternidad
- Establecimiento/sólo aplicación de seguro de salud
- Establecimiento de orden judicial

SECCION VII: VALIDACION

- \$25 por pago de solicitud
- Cliente de Asistencia Médica. Pago no aplica.
- Pagado previamente
- Solicitante de TCA –pago diferido.
- No se paga. Explicación: _____

Firma del Validador (Empleado de Manutención de Menores)

Título

Fecha