

For Office Use Only

_____ IVD Number ___ Locate Only ___ Child Support ___ Medical Support

**SOLICITUD PARA SUSTENTO DE MENORES
PROGRAMA SUSTENTO DE MENORES
PARTE UNO: INFORMACION DEL SOLICITANTE**

Por favor complete la siguiente información acerca de usted, de cada padre ausente y del niño para quien usted desea recibir nuestros servicios. Mientras más información usted nos dé, mejor podremos servirle. Si necesita asistencia para completar esta información, llame o visite su oficina local de Sustento de Menores. **Por favor, notifique inmediatamente cualquier cambio en dirección. Podemos enviarle la pensión alimentaria siempre y cuando tengamos su dirección postal correcta.**

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Su Nombre

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Nombre de soltera (Si es diferente al de arriba) _____ Otros nombres que usted haya usado _____

Fecha de Nacimiento _____ **Raza** _____ **Sexo** _____ **Num. de Seguro Social** _____

Dirección Postal:

Número y Calle _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Zona Postal (Zip Code) _____

Dirección Residencial (Si es diferente a la postal):

Número y Calle _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono del Hogar _____ **Tel del Trabajo** _____ **Podemos llamarle a su trabajo?** Sí No

Teléfono celular _____

INFORMACION SOBRE INGRESOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Dirección del Patrono:

Teléfono del Empleador: _____

Ingresos

Anote los ingresos en cantidad bruta mensual.

Cantidad

Fuente del Ingreso

\$ _____

\$ _____ **Total**

Beneficios Federales: Sí No Si contesta sí, cuales:
 Seguro Social VA Retiro Ferroviario Servicio Civil
 Postal Militar Retiro Otro _____

Beneficios por Desempleo: Sí No
Otros Ingresos: Indique cantidad y origen:

ESCRIBA EL NOMBRE DEL O LOS PADRES AUSENTES DE QUIEN USTED NECESITA PENSIÓN ALIMENTARIA

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Certifico que toda la información ofrecida es cierta y correcta a mi mejor entender.

SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES
PARTE DOS: INFORMACION DEL NIÑO

Complete la siguiente información para cada uno de los niños

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

Nombre del Niño: _____ **Nombre del Padre Ausente** _____
Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Raza _____ Sex _____ Número de Seguro Social _____
Relación con Usted: ___ **Hijo** ___ **Otra** (especifique) _____

Lugar de Nacimiento _____
Ciudad _____ Condado _____ País o Estado _____

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad _____ País o Estado _____ Niño nacido fuera del matrimonio ___Sí ___No.

Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento: Nombre _____ Apellidos _____

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico? ___Sí ___No

¿Está la paternidad legalmente establecida? ___Sí ___No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:
¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una) ___ Por matrimonio. ___ Por Corte ___ Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño? ___Sí ___No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad? ___Sí ___No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente? ___Sí ___No ¿A quien se lo ha dicho? _____

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)? ___Sí ___No.

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

Nombre del Niño: _____ **Nombre del Padre Ausente** _____
Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Raza _____ Sex _____ Número de Seguro Social _____
Relación con Usted: ___ **Hijo** ___ **Otra** (especifique) _____

Lugar de Nacimiento _____
Ciudad _____ Condado _____ País o Estado _____

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad _____ País o Estado _____ Niño nacido fuera del matrimonio ___Sí ___No.

Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento: Nombre _____ Apellidos _____

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico? ___Sí ___No

¿Está la paternidad legalmente establecida? ___Sí ___No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:
¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una) ___ Por matrimonio. ___ Por Corte ___ Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño? ___Sí ___No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad? ___Sí ___No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente? ___Sí ___No ¿A quien se lo ha dicho? _____

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)? ___Sí ___No.

SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES
PARTE TRES: INFORMACION SOBRE EL PADRE AUSENTE

INFORMACION DEL PADRE AUSENTE

Nombre del padre ausente

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Nombre de soltera (si aplica) _____ Alias _____

Fecha de nacimiento _____ Raza _____ Sexo _____ Núm. de Seguro Social _____
 (o edad si no sabe la fecha)

Relación con usted: Espos(a) Ex-espos(a) Ninguna Otra (especifique) _____

Fecha de Casamiento: _____ Fecha Separación o Divorcio _____

Dirección Postal: Dirección actual Última dirección conocida **Teléfono del hogar** _____ **Celular** _____

Número y Calle _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Residencial (si es diferente de la postal): Dirección actual Última dirección conocida (Marque una)

Número y calle _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado o País _____

Estatura _____ Peso _____ Color del pelo _____ Color de los ojos _____ Otras marcas _____

Num. Licencia de Conducir _____ Estado _____

Marca y modelo del vehículo _____ **Número de placa y estado** _____

Ocupación usual _____

Nombre del Padre _____ Dirección _____

Nombre de la madre _____ Dirección _____

Nombre de la esposa más reciente (excluida usted): _____

Fecha de matrimonio: _____ Fecha de Separación o Divorcio: _____

INFORMACION SOBRE EL INGRESOS DEL PADRE AUSENTE

Nombre y dirección del patrono: Actual Última conocida

Teléfono del patrono: _____

Ingresos

Anote cantidad y fuente del ingreso

Cantidad

Fuente

\$ _____

\$ _____ Total

¿Trabaja el padre ausente por cuenta propia? Sí No

¿Ha trabajado el padre ausente alguna vez con el Gobierno Federal? Sí No ¿Qué agencia? _____

¿Beneficios Federales? Sí No Si recibe, marque los que aplican:

Seguro Social, Retiro Servicio Postal, VA, RR Retiro, Servicio Civil, Militar, Retiro, Otro: _____

¿Recibe Compensación por Desempleo? Sí No. Otro ingreso (cantidad y origen) _____

PARTE IV: INFORMACION DEL PADRE AUSENTE

SERVICIO MILITAR E HISTORIAL DE ARRESTOS

¿Servicio Militar? Sí No Si contesta Sí, indique rama del ejército _____ Rango _____

Servicio Activo Reserva Retirado Separado del Servicio Desertor Se desconoce

Ultima estación de servicio: _____ Fecha comenzó servicio _____ Fecha terminó servicio _____

¿Está encarcelado en la actualidad? Sí No Nombre de la prisión _____

¿Ha sido arrestado antes? Sí No Si contesta sí, dónde y cuando? _____

Delito u ofensa _____ Tipo de convicción: Delito grave Menos grave Fecha _____

¿Está el padre ausente libre bajo palabra o en probatoria? Sí No ¿Donde? _____

Nombre del Oficial de Probatoria _____

INFORMACION SOBRE LA ORDEN DE PENSION ALIMENTARIA

¿Recibe usted pensión alimentaria? Sí No Si recibe, diga si por: Orden de Corte Acuerdo Escrito (marque uno)

Por favor incluya copia de la orden de la Corte o acuerdo escrito sobre pensión alimentaria.

Tipo de pago: Pensión Alimentaria Servicios Médicos Pensión para ex-esposa (Marque todas las que apliquen)

¿Cómo le pagan la pensión? En la Secretaría de la Corte Directamente a usted A través de otra persona o entidad.

Número del caso en Corte _____, Fecha efectividad de la orden _____, Condado _____, Estado _____

Cantidad ordenada \$ _____, frecuencia _____, cantidad en atraso \$ _____.

Niños incluidos en la orden: _____

USE ESTE ESPACIO PARA INCLUIR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED CREA NOS PUEDA AYUDAR A CONSEGUIR LA PENSION ALIMENTARIA QUE USTED SOLICITA

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA EL SUSTENTO DE MENORES

(Application for IV-D Services and Supplemental Information Sheets)

_____, Num. Seguro Social _____ por este medio convengo con el Programa de Sustento de Menores del condado de _____ (_____ County Child Support Enforcement Agency) en que me provean los correspondientes servicios de sustento de menores. Esta solicitud constituye un contrato y sus términos. Yo entiendo que el Programa de Sustento de Menores determinará cuales servicios son necesarios para mí. De requerirse algún pago por servicios, dichos servicios no comenzarán hasta que dicho pago sea realizado.

Derechos y Responsabilidades del o la Solicitante

Yo entiendo y convengo en que:

____ Será mi responsabilidad reparar cualquier dinero que me sea enviado por error.

____ La Agencia cobrará cualquier dinero enviado a mí por error, a razón del 10% de los pagos de la pensión alimentaria, y todo lo que envíe el padre ausente para cubrir pensiones atrasadas, hasta que mi deuda quede salda.

____ La Agencia usará los servicios de un abogado para establecer y lograr la orden para la pensión alimentaria.

El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre el abogado y yo. El abogado no manejará ningún otro asunto, como custodia y visitación.

____ Yo tendré el derecho de solicitar la revisión de la pensión alimentaria cada tres años o antes, de haber un cambio significativo en las circunstancias.

Intercepción del Reintegro de la Contribución

Ley Federal requiere que la Agencia intercepte la devolución de contribuciones para pagar atrasos en pensiones alimentarias.

Yo entiendo y convengo en que:

____ Si el padre ausente tiene atrasos en la pensión alimentaria y reúne los requisitos para la intercepción de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Hacienda de North Carolina a descontar de las contribuciones hasta la cantidad del total de atrasos en pensión alimentaria.

____ Pagos de asistencia pública que se le deban al Estado serán pagados antes que los atrasos se me deban a mí.

____ Un cargo por procesamiento puede ser cobrado. Este cargo es descontado de las contribuciones interceptadas.

____ En caso de contribuciones rendidas en conjunto con el cónyuge del padre ausente, la Agencia deberá determinar si puedo recibir el pago. Este proceso puede tomar hasta seis meses.

____ El Servicio de Rentas Internas puede hacer ajustes en las contribuciones por devolver hasta los últimos seis años. Esto puede resultar en que tenga de devolver alguna porción de las contribuciones interceptadas a mi favor.

Yo he recibido información describiendo los servicios, cargos por servicios, derechos y responsabilidades, las normas para el cobro de la pensión al padre ausente y las formas de distribuir dicha pensión. Estoy incluyendo con esta solicitud las hojas de información suplementaria debidamente completadas.

Firma de Solicitante

Fecha