

DSS

Serving Children and Families

KATHLEEN M. HAYES, PH.D.
STATE DIRECTOR

MARK SANFORD
GOVERNOR

Fecha: _____

A: _____

En referencia a: _____

Estimado/a _____ :

La División de Servicios para Ejecución de Manutención para Menores revisará el caso de manutención para menores antes mencionado para determinar si se debe ajustar la cantidad de manutención o si está disponible cobertura de seguro médico para los dependientes del padre sin custodia. Pedimos que conteste las siguientes preguntas y las devuelva a la dirección a continuación.

Ponga su nombre completo: _____

¿Recibe beneficios de Asistencia Temporal de Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)?

Sí No ¿Tiene empleo? Sí No Si es que sí, ponga el nombre y la dirección de su empleador: _____

Si está empleado, ¿cuánto le paga en el trabajo? _____ Salario bruto por hora
_____ Salario bruto por semana.

¿Paga usted a alguien para el cuidado infantil? Sí No Si es que sí, ¿cuánto? _____

¿A quién le paga?: _____

¿Tienen cobertura de seguro médico los hijos del padre sin custodia? Sí No

Si es que sí, conteste las siguientes preguntas:

¿Quién le provee seguro médico? Proveo yo; el padre sin custodia; otra persona

Ponga quien cubre a los niños: _____

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguro médico? _____

¿Cuál es el número de la póliza? _____

¿Cuál es el costo de la porción de la prima del seguro médico de los niños? _____

¿Tiene otros hijos biológicos que viven en su casa? (Ponga los nombres y las edades)

¿Quiere que la División de Servicios Para Ejecución de Manutención para Menores busque apoyo médico del padre sin custodia si está disponible a un costo razonable?

Sí No, tengo seguro satisfactorio No, no quiero pedir apoyo médico

Firma

Fecha

SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CHILD SUPPORT ENFORCEMENT DIVISION
P.O. BOX: _____, CITY: _____, S.C. ZIP: _____
TELEPHONE: _____ FAX: _____
WEB SITE: www.state.sc.us/dss/csed/