**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**

**SOLICITUD PARA SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES PARA PROGENITORES CON CUSTODIA**

La divulgación de su número de seguro social es obligatoria, de acuerdo con la sección 466(a)(13) del Acta de Seguridad Social, los números de seguro social son utilizados por la División de Servicios de Manutención Infantil de Carolina del Sur para ayudar a localizar individuos para propósitos de establecer la paternidad y establecer, modificar y hacer valer las obligaciones de manutención para menores.

Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se Envió la Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que se Recibió la Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete? ❑ Sí ❑ No ¿Necesita documentos traducidos? ❑ Sí ❑ No

Si contestó sí a alguna o ambas de las preguntas anteriores, ¿cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted es sordo o tiene dificultades para oír? ❑ Sí ❑ No

Si contestó sí, marque el método que utiliza para comunicarse:
❑ Interprete de lenguaje de señas ❑ TTY/Video interpretación ❑ Otro

¿Usted tiene alguna otra necesidad de acomodo razonable? De ser sí, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Servicios de Manutención Infantil**

El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur y la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD por sus siglas en inglés) ofrecen los siguientes servicios a personas que no sean solicitantes de Asistencia para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) que completen y firmen esta solicitud. Es importante que usted lea cuidadosamente toda la solicitud y la complete de la mejor manera posible. Si la solicitud no está completa nosotros la devolveremos para que sea completada. Por favor lea la Parte II, “¿Qué esperar?” y reténgala para sus archivos.

**Servicios de Localización Solamente**

Servicios de “Localización solamente” significan que se realizará una búsqueda completa del progenitor sin custodia (NCP por sus siglas en inglés). Esta búsqueda incluirá el uso de todos los recursos disponibles a la CSSD. Si se encuentra, la CSSD le proveerá con la dirección verificada y/o el nombre y dirección del empleador del NCP. Después cerraremos su caso. No se garantizan resultados exitosos.

Los servicios de “Localización solamente” no incluye la programación del caso para una audiencia para

determinar la paternidad, asegurar o ejecutar la manutención para menores, o revisión para apoyo médico. Si a usted le gustaría recibir estos servicios, por favor seleccione “Servicio completo.”

**Servicio Completo**

“Servicio completo” significa que cada esfuerzo razonable será ejecutado para:

* Localizar al progenitor sin custodia (NCP) si su dirección es desconocida. No hay garantías de que el NCP sea localizado.
* Establecer la paternidad si los padres del menor nunca estuvieron casados y es legalmente posible hacerlo.
* Obtener una orden de manutención de acuerdo con las directrices para manutención para menores, si es legalmente posible hacerlo. Obtener apoyo médico, si está disponible para el NCP a un precio razonable.
* Proveer servicios de ejecución que podrían incluir algunos de los siguientes: retención del sueldo; interceptación de reembolsos por impuestos federales y estatales; establecer retenciones sobre propiedad real o personal, fijar fianzas o seguros para garantizar los pagos, revocar licencias, reportar a las agencias de crédito; y obtener apoyo médico. Habrá cargos adicionales cuando se intercepte el reembolso de impuestos.

Usted también tiene derecho a solicitar que revisemos la orden de manutención para menores para una posible modificación cada tres años. La revisión del caso puede resultar en un incremento o reducción del monto de la manutención para menores.

Para obtener cualquiera de los servicios nombrados, usted debe:

* Enviar la solicitud completa a:

South Carolina Department of Social Services

Child Support Services Division

P.O. Box 1469

Columbia, South Carolina 29202-1469

* Complete la parte I. Esto debe ser completado antes de que nosotros podamos aceptar su solicitud.
* Firme y ponga la fecha a la solicitud donde se indica.
* Coopere completamente con la CSSD en proveer la información necesaria para proceder con el caso.
* Aunque no hay cargos por solicitar, usted debe pagar cualquier honorario que sea requerido (por ejemplo, honorarios por interceptar impuestos).

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Edition of APR 21 is obsolete.

**Solicitantes de “Localización Solamente”**

Yo solicito el servicio de “Localización Solamente” y entiendo que DSS no perseguirá ni la paternidad ni establecerá la manutención en mi nombre.

Bajo pena de perjurio, yo declaro que la información dada en esta solicitud es verdadera y completa a mi mejor conocimiento y creencia. Yo he leído todas las instrucciones en la solicitud y las páginas diez y once, “¿Qué Esperar?”, y estoy de acuerdo con las condiciones y honorarios que se detallan en esta solicitud.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitantes de Servicio Completo**

**Si usted solicita servicio completo, complete la autorización y cesión de derechos. Note que los números 2,5 y 8 piden respuestas específicas. Para que la CSSD procese su caso, todas las preguntas deben ser contestadas.**

**Autorización y Cesión de Derechos**

1. Yo por medio de la presente solicito al Departamento de Servicios Sociales de South Carolina (SCDSS) y la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) los servicios que no son de TANF bajo el Título IV-D del Acta de Seguridad Social.Por medio de la presente yo autorizo a SCDSS a actuar en mi nombre para ejecutar y colectar mi manutención para menores.
2. Considerando los servicios legales y otra asistencia provista para la obtención de manutención para menores, por medio de la presente, voluntariamente asigno y transfiero todos los derechos de sustento a SCDSS, incluyendo aquellos del pasado, presente y futuro, que yo tenga contra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el sustento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (Progenitor Sin Custodia) (Hijos/hijas)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de los cuales yo cuido y tengo cuidado y custodia.
 (Hijos/hijas)

1. Esta asignación está sujeta a los términos y condiciones del Título IV-D del Acta de Seguridad Social, según enmendada (42 USC 654(6)).
2. Entiendo que cuando esta solicitud de servicios sea aceptada, una de las personas con quien yo puedo hablar sobre mi caso es un abogado que es empleado de la CSSD. Ninguno de los servicios que me sean provistos establecen una relación abogado-cliente con la CSSD. El abogado es un empleado del estado de Carolina del Sur y continúa como abogado del estado. La presentación de esta solicitud constituye mi reconocimiento y aceptación de esta condición.
3. Yo solicito que la CSSD obtenga y/o ejecute apoyo médico del NCP si está disponible a un costo razonable:

❑ Sí ❑ No, yo tengo un seguro satisfactorio.

1. Por la presente testifico bajo pena de perjurio que la información dada anteriormente es verdadera y completa según lo mejor de mi conocimiento y creencia y es dada para el propósito de recibir servicios bajo el Título IV-D del Acta de Seguridad Social. Yo he leído todas las instrucciones de la solicitud en las páginas nueve y diez, “Qué Esperar” y estoy de acuerdo con las condiciones y honorarios que están anotadas en esta solicitud.
2. Yo entiendo que como parte del Acta de reducción del déficit de 2005 firmada por el congreso, empezando el 1 de octubre de 2007, a todos los solicitantes que nunca han recibido asistencia pública (AFDC/TANF) se les cobrará un cargo de $35.00 cada año fiscal federal (octubre a septiembre) después que se hayan colectado y pagado $550.00 en manutención. Este cargo no será cobrado a menos que se hayan cobrado y pagado $550.00. Si usted tiene más de un caso elegible, el cargo será cobrado para cada caso que cumpla con el límite de $550.00.
3. **Permiso para Recuperar un Sobrepago:** Si la División de Servicios de Manutención Infantil me notifica por escrito de un error de pago, yo estoy de acuerdo en permitir a la CSSD retener hasta 10 por ciento de cualquier futuro pago de manutenciónpara menores para corregir cualquier sobrepago que yo haya recibido. ❑Sí ❑ No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante Fecha

**Por favor tenga en cuenta:**

Tomamos en serio la seguridad de las familias que reciben servicios de manutención infantil y hemos dispuesto las siguientes preguntas para aliviar algunas de las inquietudes que usted pueda tener al solicitar manutención infantil. No compartimos sus respuestas a estas preguntas con el otro progenitor. También sabemos que hay situaciones que pueden cambiar en las relaciones, así que usted puede cambiar sus respuestas a estas preguntas en el futuro.

**Responder sí a cualquiera de estas preguntas nos llevará a hacer una indicación en su caso de que no se puede compartir información personal electrónicamente en su caso. También, una alerta aparecerá en su caso para que cualquier funcionario trabajando el caso sea notificado de la existencia del indicador.**

¿Usted ha solicitado una orden de alejamiento para protegerse del otro progenitor? ❑ Sí ❑ No

¿Alguna vez se ha llamado a la policía debido a violencia del otro progenitor? ❑ Sí ❑ No

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 2

|  |
| --- |
| **PARTE I** |
| **Información del Padre o Madre con Custodia (La persona que vive con el niño (los niños)**Su Nombre: Apellido: Nombre: 2° Nombre: Sufijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Apellido de Soltera: Nº de Seguro Social: Raza: Sexo: Estado civil actual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lugar de Nacimiento: Ciudad: Estado: Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección residencial: Teléfono de la casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ciudad: Estado: Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N° del Celular: Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección de correo: c/o Apellido: Nombre: 2° Nombre: Sufijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del Empleador: Teléfono del Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hora de entrada al trabajo: Hora de salida del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si está Casado(a), Nombre/Dirección de su pareja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lugar del Matrimonio: Ciudad: Estado: Fecha del matrimonio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si no está casado(a), ¿Ha estado casado(a)? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, indique:Nombre de su pareja anterior: Fecha y lugar del matrimonio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si está divorciado(a), fecha y lugar del divorcio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **PARTE I** |
| **Información del Padre/Madre con Custodia (La persona con la que vive(n) el(los) niño(s))**Su Nombre: Apellido: Nombre: 2° Nombre: Sufijo: |
| Apellido de Soltera: Nº de Seguro Social: Raza: Sexo: Estado Civil Actual: |
| Lugar de Nacimiento: Ciudad: Estado: Fecha de Nacimiento: |
| Dirección Residencial: Teléfono de la Casa: |
| Ciudad: Estado: Código Postal: |
| N° del Celular: Dirección de Correo Electrónico: |
| Dirección de Correo: c/o Apellido: Nombre: 2° Nombre: Sufijo: |
| Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: |
| Nombre del Empleador: Teléfono del Trabajo: |
| Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: |
| Hora de Entrada al Trabajo: Hora de Salida del Trabajo: |
| Si está Casado(a), Nombre/Dirección del(la) Esposo(a): |
| Lugar del Matrimonio: Ciudad: Estado: Fecha del Matrimonio: |
| Si no está casado(a), ¿Ha estado casado(a)? Li Sí Li No En caso afirmativo, indique:Nombre del Esposo(a) Anterior: Fecha y Lugar del Matrimonio: |
| Si está Divorciado(a), Fecha y Lugar del Divorcio: |
|   |

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 3

**Información del Padre o Madre sin Custodia**

Nombre: Apellido: nombre: 2° nombre: sufijo: \_\_\_\_\_\_

Sexo: Raza: Nº de seguro social: Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de licencia de manejar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la licencia de manejar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si está casado(a), nombre la pareja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última escuela a la que NCP asistió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección residencial: Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es la dirección actual? ❑i Sí ❑ No ❑ Se desconoce. Última fecha que vivió ahí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dé instrucciones de cómo llegar a la residencia del NCP y una descripción la vivienda:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: c/o Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2° Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sufijo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

N° del Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, proporcione la siguiente información sobre el empleador actual o el último empleador del NCP:

Tipo de Empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿NCP trabaja actualmente? ❑i Sí ❑ No ❑ Desconoce

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último día en que trabajó: \_\_\_\_\_\_\_\_ Sueldo mensual NCP $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Turno de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación usual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras destrezas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique los nombres y direcciones de otros empleadores anteriores:

Nombre: Dirección: Fecha del Último Día de Trabajo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo se llaman los padres del NCP? (Por favor, indique sus nombres, aunque ya hayan fallecido.)**

**Padre: Madre:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Apellido/Sufijo/Nombre/2° Nombre Nombre de Soltera/Apellido/Nombre/2° Nombre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Calle/Apartado Postal Calle/Apartado Postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ciudad/Estado/Código Postal Ciudad/Estado/Código Postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono Teléfono

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 4

Estatura del NCP: Pies \_\_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_ Peso en libras: Color de cabello \_\_\_\_\_\_ Ojos\_\_\_\_\_\_\_\_

Marcas de identificación/cicatrices: ¿Tiene antecedentes policíacos? ❑ Sí ❑No ❑ Desconoce

Fecha de arresto: Ofensa:

¿La ofensa fue un crimen violento contra sus hijos? ❑ Sí❑ No (De ser sí contenste las preguntas debajo de su firma)

Ciudad de la detención: Estado: \_\_\_\_\_ Código postal:

Fecha del encarcelamiento: Fecha de liberación: Localidad del encarcelamiento:

Ciudad del encarcelamiento: Estado: \_\_\_\_\_ Código postal:

Estado de Servicio Militar: \_\_\_\_\_\_\_\_Número de Servicio Veterano: \_\_\_\_\_\_\_\_ División: (de las fuerzas armadas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

A-Activo R-Jubilado D-De Baja

N-Nunca ha Sido Miembro U-Desconocido

Fecha de alistamiento en las fuerzas armadas: Fecha de la baja:

**¿Tiene el NCP otros ingresos además de los del empleo?** ❑ **Sí** ❑ **No** ❑ **Desconoce**

En caso afirmativo, indique la fuente del ingreso: Cantidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cantidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El NCP tiene cuentas bancarias/bienes? ❑ Sí ❑ No ❑ Desconoce

Nombre del Banco: Número de la Cuenta: Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cheques/Ahorros

Nombre del Banco: Número de la Cuenta: Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cheques/Ahorros

Bienes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El NCP es dueño de alguna propiedad (inmobiliaria, carro, etc.)? ❑ Sí ❑ No ❑ Desconoce

Por favor, indique el tipo y la localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se llama el asegurador con quien el NCP tiene seguro médico?

Nombre de la Compañía Tipo de Seguro Número de la Póliza

**Información del Caso**

¿Tiene usted un abogado trabajando activamente para establecer paternidad o manutención? ❑ Sí ❑ No

En caso afirmativo, nombre del abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene usted una orden del tribunal previa? ❑ Sí ❑ No En caso afirmativo, indique el Nº de la orden:

(Adjunte una copia de la orden del tribunal)

Nombre del tribunal: Ciudad: Estado:

Cantidad de la Manutención: Si no tiene una orden del tribunal, ¿el NCP paga voluntariamente?

 ❑ Sí ❑ No Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha del último pago recibido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B-Quincenal S-Semi-mensual M-Mensual W-Semanal D-Estacional

Método de pago:\_\_\_\_\_\_ D - directamente a usted C - a través del tribunal Fecha en que la orden se puso en efecto: \_\_\_\_\_\_

¿Está usted dispuesto(a) a someterse a una prueba de paternidad? ❑ Sí ❑ No

Comentarios:

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 5

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del menor****(Complete una sección por separado para cada niño o niña)**Nombre del menor - Apellido: Nombre: 2° Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_\_\_ Raza: N° de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: ¿Se ha establecido la paternidad para el/la menor? ❑ Sí ❑ No Cuál es su relación con el/la menor)? ¿Estaban los padres casados cuando nació el/la menor? ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es no, indique la relación: Si están casados: fecha del matrimonio: Lugar: Si están divorciados: Fecha: Lugar:  |  |

**Complete esta sección solamente si usted NO es la madre del menor**

¿Quiénes son los padres del niño? Madre: Padre:

Relación entre los padres al momento del nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaban casados: Fecha: Lugar:

Si estaban divorciados: Fecha: Lugar:

¿Estuvo la madre casada con alguien más? ❑ Sí ❑ No Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba casada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba divorciada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo Para Solicitantes de Servicio Completo**

**(Conteste si usted es la MADRE del menor. Sin embargo, si usted estaba casada con el padre cuando su hijo(a) nació y este es su hijo(a) omita las siguientes preguntas. Si el padre ya está bajo una orden del tribunal para apoyar a este niño, por favor devuélvanos una copia y omita las siguientes preguntas.)**

1. ¿En que estado quedó usted embarazada? ¿Cuándo quedó usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

1. ¿El padre permitió que su nombre fuera escrito en el certificado de nacimiento? ❑Sí ❑No
2. ¿Cuánto pesó el/la menor al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Libras \_\_\_\_\_\_Onzas ¿El bebé nació? ❑ Temprano ❑ En Tiempo ❑ Tarde
3. El padre:

¿Le compró regalos? ❑Sí ❑No ¿Visitó al menor? ❑Sí ❑ No

¿Pagó o se ofreció a pagar las cuentas por los cuidados durante su embarazo? ❑ Sí ❑ No

¿Admitió ser el padre? ❑Sí ❑ No

¿Se tomó una foto con el/la niño? ❑ Sí ❑ No ¿Visitó el hospital? ❑Sí ❑No

¿Habló sobre el aborto? ❑Sí ❑ No ¿Quiso casarse con usted? ❑Sí ❑ No

1. ¿Tuvo relaciones sexuales con alguien más que el padre del niño durante el mes en que quedó embarazada?❑Sí ❑ No

¿El mes anterior?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El mes después? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí a alguna de estas dos preguntas, proporcione los nombres y las direcciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 6

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del menor****(Complete una sección por separado para cada niño o niña)**Nombre del menor - Apellido: Nombre: 2° Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_\_\_ Raza: N° de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: ¿Se ha establecido la paternidad para el/la menor? ❑ Sí ❑ No Cuál es su relación con el/la menor)? ¿Estaban los padres casados cuando nació el/la menor? ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es no, indique la relación: Si están casados: fecha del matrimonio: Lugar: Si están divorciados: Fecha: Lugar:  |  |

**Complete esta sección solamente si usted NO es la madre del menor**

¿Quiénes son los padres del niño? Madre: Padre:

Relación entre los padres al momento del nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaban casados: Fecha: Lugar:

Si estaban divorciados: Fecha: Lugar:

¿Estuvo la madre casada con alguien más? ❑ Sí ❑ No Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba casada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba divorciada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo Para Solicitantes de Servicio Completo**

**(Conteste si usted es la MADRE del menor. Sin embargo, si usted estaba casada con el padre cuando su hijo(a) nació y este es su hijo(a) omita las siguientes preguntas. Si el padre ya está bajo una orden del tribunal para apoyar a este niño, por favor devuélvanos una copia y omita las siguientes preguntas.)**

1. ¿En que estado quedó usted embarazada? ¿Cuándo quedó usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

1. ¿El padre permitió que su nombre fuera escrito en el certificado de nacimiento? ❑Sí ❑No
2. ¿Cuánto pesó el/la menor al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Libras \_\_\_\_\_\_Onzas ¿El bebé nació? ❑ Temprano ❑ En Tiempo ❑ Tarde
3. El padre:

¿Le compró regalos? ❑Sí ❑No ¿Visitó al menor? ❑Sí ❑ No

¿Pagó o se ofreció a pagar las cuentas por los cuidados durante su embarazo? ❑ Sí ❑ No

¿Admitió ser el padre? ❑Sí ❑ No

¿Se tomó una foto con el/la niño? ❑ Sí ❑ No ¿Visitó el hospital? ❑Sí ❑No

¿Habló sobre el aborto? ❑Sí ❑ No ¿Quiso casarse con usted? ❑Sí ❑ No

1. ¿Tuvo relaciones sexuales con alguien más que el padre del niño durante el mes en que quedó embarazada?❑Sí ❑ No

¿El mes anterior?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El mes después? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí a alguna de estas dos preguntas, proporcione los nombres y las direcciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 7

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del menor****(Complete una sección por separado para cada niño o niña)**Nombre del menor - Apellido: Nombre: 2° Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_\_\_ Raza: N° de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: ¿Se ha establecido la paternidad para el/la menor? ❑ Sí ❑ No Cuál es su relación con el/la menor)? ¿Estaban los padres casados cuando nació el/la menor? ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es no, indique la relación: Si están casados: fecha del matrimonio: Lugar: Si están divorciados: Fecha: Lugar:  |  |

**Complete esta sección solamente si usted NO es la madre del menor**

¿Quiénes son los padres del niño? Madre: Padre:

Relación entre los padres al momento del nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaban casados: Fecha: Lugar:

Si estaban divorciados: Fecha: Lugar:

¿Estuvo la madre casada con alguien más? ❑ Sí ❑ No Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba casada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba divorciada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo Para Solicitantes de Servicio Completo**

**(Conteste si usted es la MADRE del menor. Sin embargo, si usted estaba casada con el padre cuando su hijo(a) nació y este es su hijo(a) omita las siguientes preguntas. Si el padre ya está bajo una orden del tribunal para apoyar a este niño, por favor devuélvanos una copia y omita las siguientes preguntas.)**

1. ¿En que estado quedó usted embarazada? ¿Cuándo quedó usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

1. ¿El padre permitió que su nombre fuera escrito en el certificado de nacimiento? ❑Sí ❑No
2. ¿Cuánto pesó el/la menor al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Libras \_\_\_\_\_\_Onzas ¿El bebé nació? ❑ Temprano ❑ En Tiempo ❑ Tarde
3. El padre:

¿Le compró regalos? ❑Sí ❑No ¿Visitó al menor? ❑Sí ❑ No

¿Pagó o se ofreció a pagar las cuentas por los cuidados durante su embarazo? ❑ Sí ❑ No

¿Admitió ser el padre? ❑Sí ❑ No

¿Se tomó una foto con el/la niño? ❑ Sí ❑ No ¿Visitó el hospital? ❑Sí ❑No

¿Habló sobre el aborto? ❑Sí ❑ No ¿Quiso casarse con usted? ❑Sí ❑ No

1. ¿Tuvo relaciones sexuales con alguien más que el padre del niño durante el mes en que quedó embarazada?❑Sí ❑ No

¿El mes anterior?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El mes después? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí a alguna de estas dos preguntas, proporcione los nombres y las direcciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 8

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del menor****(Complete una sección por separado para cada niño o niña)**Nombre del menor - Apellido: Nombre: 2° Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_\_\_ Raza: N° de Seguro Social: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: ¿Se ha establecido la paternidad para el/la menor? ❑ Sí ❑ No Cuál es su relación con el/la menor)? ¿Estaban los padres casados cuando nació el/la menor? ❑ Sí ❑ No Si su respuesta es no, indique la relación: Si están casados: fecha del matrimonio: Lugar: Si están divorciados: Fecha: Lugar:  |  |

**Complete esta sección solamente si usted NO es la madre del menor**

¿Quiénes son los padres del niño? Madre: Padre:

Relación entre los padres al momento del nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaban casados: Fecha: Lugar:

Si estaban divorciados: Fecha: Lugar:

¿Estuvo la madre casada con alguien más? ❑ Sí ❑ No Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba casada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si estaba divorciada: Fecha: Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solo Para Solicitantes de Servicio Completo**

**(Conteste si usted es la MADRE del menor. Sin embargo, si usted estaba casada con el padre cuando su hijo(a) nació y este es su hijo(a) omita las siguientes preguntas. Si el padre ya está bajo una orden del tribunal para apoyar a este niño, por favor devuélvanos una copia y omita las siguientes preguntas.)**

1. ¿En que estado quedó usted embarazada? ¿Cuándo quedó usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mes/Día/Año)

1. ¿El padre permitió que su nombre fuera escrito en el certificado de nacimiento? ❑Sí ❑No
2. ¿Cuánto pesó el/la menor al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Libras \_\_\_\_\_\_Onzas ¿El bebé nació? ❑ Temprano ❑ En Tiempo ❑ Tarde
3. El padre:

¿Le compró regalos? ❑Sí ❑No ¿Visitó al menor? ❑Sí ❑ No

¿Pagó o se ofreció a pagar las cuentas por los cuidados durante su embarazo? ❑ Sí ❑ No

¿Admitió ser el padre? ❑Sí ❑ No

¿Se tomó una foto con el/la niño? ❑ Sí ❑ No ¿Visitó el hospital? ❑Sí ❑No

¿Habló sobre el aborto? ❑Sí ❑ No ¿Quiso casarse con usted? ❑Sí ❑ No

1. ¿Tuvo relaciones sexuales con alguien más que el padre del niño durante el mes en que quedó embarazada?❑Sí ❑ No

¿El mes anterior? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿El mes después? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí a alguna de estas dos preguntas, proporcione los nombres y las direcciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 9

**PARTE II**

**¿Qué esperar?**

**(Por favor, lea esta página y la siguiente con atención y SEPÁRELA para sus archivos.)**

El Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS) provee servicios de manutención para menores a Progenitores con Custodia (tutores) a través de la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD). Hay que completar la solicitud para abrir un caso con la CSSD.

La CSSD utiliza sus recursos para ayudar al padre con custodia (CP por sus siglas en inglés) a:

* Localizar al padre que no tiene la custodia (NCP).
* Establecer la paternidad si los menores nacieron fuera del matrimonio.
* Establecer una orden de manutención contra el NCP.
* Trabajar con el tribunal de familia apropiado para hacer cumplir la orden de manutención de menores.
* Revisar el caso por modificación de la orden de manutención bajo requerimiento del CP o del NCP.

Todos los casos aceptados por la CSSD son atendidos en el orden en que se reciben. La CSSD no está encargada de los reclamos de visita, custodia u otros asuntos que a menudo se asocian con manutención de menores

Usted debe completar esta solicitud lo más precisa y minuciosamente posible, además debe enviarla a la dirección indicada para que la CSSD pueda determinar su elegibilidad para los servicios de manutención de menores. Cuando complete la solicitud es posible que usted no sepa la respuesta a todas las preguntas, pero la información que proporcione debe ser lo más precisa posible. Por favor, verifique dos veces cualquier información sobre lo que no esté seguro. Cuanto más exacta sea la información que usted proporcione, más rápida y eficazmente la CSSD podrá procesar su caso.

La ley de Carolina del Sur requiere que usted notifique por escrito a la CSSD cuando usted se mude de casa, cambie de nombre, de trabajo o de número de teléfono (en casa o en el trabajo) para que el personal pueda ponerse en contacto con usted sin retraso. Hay que notificar a la CSSD de estos cambios en un plazo de 10 días en que el cambio ocurra. Si usted no notifica a la CSSD como se requiere, el tribunal o la CSSD puede, tomar acciones judiciales en su caso sin su conocimiento.

Si usted no puede proveer la dirección actual del progenitor sin custodia, el primer paso de la CSSD es localizar a la persona. Nuestra unidad de localización de padres usará la información que usted proporcionó para obtener la dirección de su casa o trabajo. El tiempo que tome depende de la cantidad de información que usted provea. El número de seguro social del NCP siempre es útil, pero eso no significa que nuestros localizadores de padres serán capaces de localizar al NCP de inmediato. Si usted solamente solicita los “Servicios de Localización de Padres,” nosotros le notificaremos cuando obtengamos información acerca de su dirección. Nosotros no tomaremos otras acciones si usted no lo solicita.

Si usted solicita el “Servicio Completo” y si nosotros localizamos al NCP, su caso será enviado a un especialista de manutención de menores en una de las oficinas regionales de la CSSD para la acción legal. Si usted ya tiene una orden del tribunal para manutención de menores, la CSSD trabajará para hacer cumplir la orden. Usted debería adjuntar una copia de la orden de manutención y cualquier modificación de dicha orden.

Si usted no tiene una orden del tribunal para la paternidad, el personal de la oficina regional puede tomar acción legal para obtener dicha orden del tribunal. La oficina regional le notificará a usted por escrito de cualquier audiencia del tribunal a la que usted deba asistir.

Por favor, tenga presente que nosotros no podemos decirle cuanto tiempo puede tomar este proceso. Puede tomar más tiempo bajo cualquiera de las siguientes circunstancias: El NCP se muda o deja su trabajo después de ser localizado; el NCP se rehúsa a admitir la paternidad o a pagar manutención de menores lo que requeriría intervenciones adicionales en el tribunal o el NCP es localizado fuera de Carolina del Sur.

Por favor, comprenda que necesitamos su cooperación total durante todo el proceso. Si usted no coopera, es posible que la CSSD cierre el caso. Antes de que la CSSD tome cualquier acción judicial para cerrar un caso, nosotros le enviaremos una carta que indica lo que se requiere para que el caso no sea cerrado. Usted también puede cerrar su caso en cualquier momento, al enviar una declaración por escrito a la CSSD solicitando el cierre de su caso. Como agencia estatal que opera bajo la ley estatal y federal, es posible que los requisitos y normas legales entren en conflicto con lo que usted solicita. Si surge un conflicto de intereses, el personal de la CSSD se pondrá en contacto con usted para hablar de la situación.

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 10

Los pagos de manutención del NCP serán recibidos por la Unidad Estatal de Desembolsos (SDU por sus siglas en inglés). Otros pagos de manutención recibidos por acciones de intercepción (ej. intercepción de impuestos federales o estatales, beneficios de desempleo y ganancias de lotería) no serán recibidas por el SDU, pero serán procesadas directamente dentro del Sistema Automatizado de Servicios de Manutención de Menores (PACSS por sus siglas en ingles). PACSS distribuirá y desembolsará todo lo que se colecte en manutención de menores de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Si usted recibió, pero ya no recibe, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés), también conocida como Ayuda a Familias con Niños Dependientes (AFDC), las reglas para calcular su porción de manutención infantil podrían resultar en coleciones retenidas por el CSSD para repagar beneficios TANF que se le hayan pagado.

Si nunca ha recibido TANF, usted recibirá su pago de manutención menos los cargos federales o estatales que le apliquen. Una vez PACSS determine la cantidad de manutención que recibirá, la SDU le emitirá estos pagos a usted.

La SDU le proporcionará un documento que le permite escoger si quiere que sus pagos sean enviados a través de una tarjeta de débito prepagada o a una cuenta de banco que usted designe.

Además de trabajar con el personal del tribunal de familia para ejecutar la orden de manutención para menores la CSSD referirá el caso a nuestra unidad interceptora de impuestos por asistencia en cobrar la manutención para menores que se adeuda. Si el NCP tiene atrasos la CSSD referirá al NCP al Departamento de Hacienda y/o Servicio de Rentas Internas (IRS) para la posible intercepción de cualquier reembolso que el NCP pueda tener por su declaración de impuestos anuales. Puede que usted tenga que pagar un honorario si este servicio es exitoso y logra su objetivo. Si usted ha recibido AFDC o TANF y las deudas impagas se le deben al estado, el dinero que se cobre por este medio debe ser usado primero para cumplir con dicha deuda.

Usted está protegido/a bajo el Título VI de la Declaración de Derechos Civiles y puede hacer reclamos por escrito a: Director, South Carolina Department of Social Services, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520, en un plazo de 180 días, si en cualquier momento usted cree que se le han negado servicios o discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, creencias, sexo, religión u origen nacional.

A continuación, aparecen los números de teléfono de las oficinas de la CSSD.

Gracias por su cooperación. El Departamento de Servicios Sociales se compromete a hacer todo lo posible para ayudarle a obtener la manutención para menores que se le debe a su familia.

**Oficina Central:** 1-800-768-5858

**Unidad para interceptar impuestos:** (803) 898-9314/1-800-922-0852 ó 1-888-454-5360

**Puede encontrar información adicional en** www.dss.sc.gov.

DSS Form 2700-1 SPA (NOV 21) Página 11