

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur  
Programa de Asistencia a la Familia

## FORMULARIO DE CONTRIBUCIONES/MANUTENCIÓN VOLUNTARIA PARA MENORES

I. Para: \_\_\_\_\_ Nombre Solicitante/Receptor: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nombre del Caso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor complete las preguntas a continuación sobre la persona citada arriba, firme el formulario y luego devuélvalo al  
**Departamento de Servicios Sociales**

**Nombre del Trabajador:** \_\_\_\_\_

**II. Manutención de Menores**

1. ¿Es usted el padre/la madre/el abuelo/la abuela de \_\_\_\_\_?  Sí  No
2. ¿Le da usted alguna cantidad de dinero por concepto de manutención a este niño/estos niños?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿Cuánto y con qué frecuencia? \$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Quincenalmente  
 Mensualmente  Varía
3. ¿Da usted con regularidad dinero por concepto de manutención?  Sí  No
4. ¿Hace cuánto tiempo que usted da dinero por concepto de manutención? \_\_\_\_\_
5. ¿A quién le da este dinero? (Marque uno)  Al Solicitante/Receptor  Al Secretario del Tribunal: ¿De qué condado?  
 \_\_\_\_\_

6. ¿Paga usted de forma directa alguna cuenta a nombre del solicitante/receptor?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuánto dinero dio usted durante los últimos dos meses?

Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

8. ¿Tiene usted cobertura de salud/hospitalaria para este niño/estos niños?  Sí  No  
 En caso afirmativo, escriba el nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted una licencia de conducir?  Sí  No De ser sí, escriba el número de la licencia: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es su número de Seguro Social? \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

11. ¿Dónde trabaja usted? Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

Su Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Su Firma: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Esta institución es una que provee igualdad de oportunidades.

**III. Contribuciones**

1. ¿Le da usted al solicitante/receptor alguna cantidad de dinero que no sea para manutención infantil?  Sí  No

2. ¿Con qué propósito se da el dinero? \_\_\_\_\_

3. ¿Paga usted de forma directa alguna cuenta en nombre del solicitante/receptor?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto dinero dio usted durante los últimos dos meses?

Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

5. ¿Hace cuánto tiempo que usted da esta cantidad de dinero? \_\_\_\_\_

6. ¿Es este dinero un regalo?  Sí  No ¿Es este dinero un préstamo?  Sí  No

7. En caso de ser un préstamo, ¿Cuándo espera que se le devuelva el dinero? \_\_\_\_\_

Su Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Su Firma: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Instructions for DSS Form 1216

**Propósito:** El propósito de este formulario es el informar a la Agencia sobre las contribuciones de manutención infantil u otras que sean proporcionadas a una unidad familiar por una persona que no sea miembro de la misma.

**Purpose:** *The purpose of this form is to inform the Agency on voluntary child support and/or contributions given to a household by a non-household member.*

### **Instrucciones: Instructions:**

**Sección I:** El trabajador del DSS solicitando la información debe completar toda esta sección.

**Section I:** *DSS worker requesting information should complete this section in its entirety.*

**Sección II:** Manutención Infantil: El padre ausente/abuelo(a) que contribuya financieramente con esta unidad familiar debe completar esta sección. El trabajador del DSS enumerará los menores en la pregunta número uno.

**Section II:** *Child Support: The absent parent/grandparent that is contributing financially to a household member completes this section. The DSS worker will also list the child(ren) name(s) by question number one.*

**Sección III:** Contribuciones: El individuo que proporciona el apoyo financiera a la unidad familiar o grupo beneficiario en SNAP/TANF debe completar esta sección.

**Section III:** *Contributions: The individual who is providing financial support to the SNAP household/TANF benefit group completes this section.*