

Departamento de Servicios Sociales de South Carolina
CAMBIO DE LA SOLICITUD DEL PADRE/LA MADRE CON CUSTODIA PARA
MANUTENCIÓN PARA MENORES

Identificación del Usuario: _____ Fecha de la Solicitud: _____

Fecha en que se Envió la Solicitud: _____

Nombre del Caso: _____ Fecha en que se Recibió la Solicitud: _____

Autorización y Cesión de Derechos

- Yo por medio de la presente solicito al Departamento de Servicios Sociales de South Carolina (SCDSS por sus siglas en inglés), la División de Servicios para la Ejecución de la Manutención de Menores (CSED por sus siglas en inglés) los servicios que no son de TANF bajo el Título IV-D de la ley de Seguro Social (Title IV-D of the Social Security Act.) Yo por medio de la presente autorizo a SCDSS a actuar para mi bienestar en ejecutar y coleccionar mi manutención para menores.
- Al considerar los servicios legales y otra asistencia siempre y cuando sea para obtener manutención para menores, yo por medio de la presente voluntariamente asigno y transfiero todos los derechos de apoyo a SCDSS, incluyendo aquellos del pasado, presente y futuro, que yo tenga contra

_____ para el apoyo de _____
 Padre sin Custodia (el Individuo que Paga Manutención para Menores) Niño/Niños
 _____ de los cuales yo cuido y tengo la custodia.
 Niño/Niños

- La asignación está sujeta a términos y condiciones del Título IV-D de la ley de Seguro Social, con sus modificaciones (42 USC 654(6)).
- Yo 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 CSED. Ninguno de estos servicios entregados a mí establecen una relación abogado-cliente con la CSED. El abogado es un empleado del estado de South Carolina y se mantiene/continúa como un abogado del estado. La sumisión de esta solicitud constituye mi conocimiento y aceptación de esta condición.
- Yo solicito que la CSED obtenga y/o ejecute apoyo médico del padre sin custodia si está disponible a un costo razonable:
 Sí No, yo tengo un seguro satisfactorio.
- Yo por medio de 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 de la ley de Seguro 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.
- Yo entiendo que como parte del acta de reducción del déficit de 2005 (2005 Deficit Reduction Act) pasada por el congreso, empezando el 1 de octubre de 2007, todos los solicitantes que nunca han recibido asistencia pública (AFDC/TANF) se les cobrará \$25.00 por honorarios por cada año después de que \$500.00 de manutención para menores hayan sido colectados y pagados. Este honorario no será cobrado hasta que al menos \$500.00 sean colectados y pagados. Si usted tiene más de un caso que llena las condiciones, se le cobrarán los honorarios en cada caso que se cuente con más de \$500.00.
- Permiso para Recuperar un Sobrepago:** Después de haber recibido una notificación de la División para la Ejecución de la Manutención para menores por un error de pago, yo estoy de acuerdo en permitir a la CSED retener hasta 10 por ciento de cualquier futuro pago de manutención para menores para corregir cualquier sobrepago que yo haya recibido. Sí No

Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Testigo	Fecha
_____	_____	_____	_____
		Firma del Testigo	Fecha
		_____	_____

Información del Padre/Madre con Custodia

(La Persona con la que Vive(n) el(los) Niño(s))

Su Nombre: Apellido: _____ 1er Nombre: _____ 2º 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: _____
 Dirección de Correo: c/o Apellido: _____ 1er Nombre: _____ 2º 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)? Sí No En caso afirmativo, indique:
 Nombre del Esposo(a) Anterior: _____ Fecha y Lugar del Matrimonio: _____
 Si Está Divorciado(a), Fecha y Lugar del Divorcio: _____
 Relación que Tiene el Padre/la Madre con Custodia con el Niño: _____

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE DSS 2719-2

El Departamento de Servicios Sociales de South Carolina, la División de Servicios para la Ejecución de la Manutención de Menores (CSED 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 tengan custodia física de un menor. Para obtener servicios, un solicitante debe:

- Completar y firmar la solicitud donde se indica. Dos testigos también deben firmar la solicitud donde se indica. Si información necesaria no es entregada o si las firmas de los testigos no son selladas, la solicitud le será devuelta al solicitante.
- Cooperar completamente con la CSED en proveer la información necesaria para proceder con el caso.
- Enviar la solicitud completa a:
South Carolina Department of Social Services
Child Support Enforcement Division – Region II
P.O. Box 1270
Columbia, South Carolina 29202-1270