

APR 3

Empleo Usual: _____ Otras Habilidades: _____

Número de Licencia de Manejar:
Estado

Fecha de Emisión de la Licencia de Manejar:
(MMDDAA) Altura: _____ pies _____ pulgadas

Color de Pelo: BAL – Calvo BLD – Rubio BLK – Negro BRU – Moreno BRW – Castaño
GRA – Gris RED – Pelirrojo OTH – Otros

Peso: _____ libras

Rasgos Identificativos: _____

Color de Ojos: BLK – Negro BLU – Azul BRW – Marrón GRA – Gris GRN – Verde
HZL – Avellana OTH – Otros

Expediente de la Policía: S – Sí N – No Fecha de Arresto:
(MMDDAA)

Ciudad de Arresto: _____ Estado:

Delito: _____

Fecha de Encarcelamiento:
(MMDDAA) Fecha de Excarcelación:
(MMDDAA)

Institución: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____

Última Escuela a la que Asisitíó: _____ Fecha:
(MMDDAA)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____

APR 4

Servicio Militar de AP Estado: A – Activo R – Retirado D – Dado de Alta
N – Nunca fue U – No sabe

Sección: AF – Fuerzas Aéreas AR – Ejército CG – Guardacostas MR – Marina
NG – Guardian Nacional NY – Marina de Guerra

Número de ID: _____

Fecha de Ingreso:
(MMDDAA) Fecha de Licenciamiento:
(MMDDAA)

Nombre de la Madre

Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo

Nombre de Soltera: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre

Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Código Postal: _____ Teléfono: _____

**SI HAY ORDEN JUDICIAL ENVIAR COPIA A LA
OFICINA DE APLICACIÓN DE APOYO INFANTIL CON DSS 3816-C**

APR 5

Obligación de Apoyo

Orden Judicial Existente : S – Sí N – No U – No sabe Nombre del Juzgado: _____

Ciudad del Juzado: _____ Estado: Condado:

Número de Factura: _____ Fecha Efectiva de la Orden de Apoyo: _____

Apoyo Presupuestado en AFDC: S – Sí N – No Tipo de Pago: V – Voluntario C – Orden del Tribunal

Cantidad del Apoyo: \$ _____ . ____ Método de Pago del Apoyo: D – Directo al Cliente C – A Través del Tribunal

Frecuencia del Apoyo: B – Bisemanal M – Mensual O – Temporal S – Semi-mensual W – Semanal

Cantidad del Último Pago: \$ _____ . ____

Fecha de Pago:
(MMDDAA)

Atrasos Estimados: \$ _____ . ____

Fecha del Último Pago:
(MMDDAA)

¿Tiene el cliente un abogado que participa activamente en la Acción de Apoyo Infantil? S – Sí N – No

APR 6

Seguro Médico/de Salud

Nombre de la Compañía	Tipo de Seguro	Número de Póliza
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____

Comentarios: _____

ABPD

Nombre del Niño/a: _____

Indicador Biológico: B – Padre Biológico L – Padre Legal

Relación de los Padres en el momento del Nacimiento del Niño/a: C – Derecho Consuetudinario D – Divorciados
M – Casados P – Separados O – Otros

Si están Casados, dar el lugar de la boda: _____
Ciudad Estado

La Paternidad se Estableció Previamente: S – Sí N – No
(Mediante Boda u Orden Judicial)

¿Está el niño/a cubierto por el Seguro Médico/de Salud del AP? 1) S – Sí N – No
2) S – Sí N – No

ABPD

Nombre del Niño/a: _____

Indicador Biológico: B – Padre Biológico L – Padre Legal

Relación de los Padres en el momento del Nacimiento del Niño/a: C – Derecho Consuetudinario D – Divorciados
M – Casados P – Separados O – Otros

Si están Casados, dar el lugar de la boda: _____
Ciudad Estado

La Paternidad se Estableció Previamente: S – Sí N – No
(Mediante Boda u Orden Judicial)

¿Está el niño/a cubierto por el Seguro Médico/de Salud del AP? 1) S – Sí N – No
2) S – Sí N – No

ABPD

Nombre del Niño/a: _____

Indicador Biológico: B – Padre Biológico L – Padre Legal

Relación de los Padres en el momento del Nacimiento del Niño/a: C – Derecho Consuetudinario D – Divorciados
M – Casados P – Separados O – Otros

Si están Casados, dar el lugar de la boda: _____
Ciudad Estado

La Paternidad se Estableció Previamente: S – Sí N – No
(Mediante Boda u Orden Judicial)

¿Está el niño/a cubierto por el Seguro Médico/de Salud del AP? 1) S – Sí N – No
2) S – Sí N – No