

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL SUR
REFERENCIA PARA MANUTENCIÓN INFANTIL
DATOS DEL PROGENITOR AUSENTE

Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____

APR 1

AP Name: _____
Apellido Nombre 2do Nombre Sufijo

Alias: _____
Apellido Nombre 2do Nombre Sufijo

Apodo: _____ Género: _____ Raza: _____ Estado Civil: _____

Apellido de soltera: _____ Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado

SSN: _____ FDN: _____ Edad: _____ Causa Justa: _____
Mes/Dia/Año

Se necesita intérprete para: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado _____

Última fecha en que vivió aquí: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
Mes/Dia/Año

Nombre ATTN a: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Dirección anterior: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Última fecha en que vivió aquí: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
Mes/Dia/Año

APR 2

Empleador actual o anterior: _____

Tipo de empleo: _____ Horario de trabajo: _____ a _____

Dirección: _____ Ingreso Mensual: \$ _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Última fecha en que trabajó aquí: _____
Mes/Dia/Año

Nombre de empleador secundario: _____

Tipo de empleo: _____

Dirección: _____ Ingreso Mensual: \$ _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Última fecha en que trabajó aquí: _____
Mes/Día/Año

Nombre de empleador anterior: _____

Tipo de empleo: _____

Dirección: _____ Ingreso Mensual: \$ _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Última fecha en que trabajó aquí: _____
Mes/Día/Año

APR 3

Ocupación Regular: _____ Otras Habilidades: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____

Fecha de emisión de la licencia: _____ Estatura: ____ pies. ____ pulgadas.

Color del cabello: _____ Peso: _____ libras.

Marcas que le identifiquen: _____

Color de ojos: _____

Expediente Policiaco: Sí No Fecha del Arresto: _____
Mes/Día/Año

Ciudad del arresto: _____ Estado: _____

Delito: _____

Fecha de encarcelamiento: _____ Fecha de liberación: _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Institución: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Última escuela a la que asistió: _____ Fecha: _____
Mes/Día/Año
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

APR 4

Servicio Militar del AP

Estado: _____ Rama: _____

Número de ID: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de separación: _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Nombre de la Madre

_____ Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo

Apellido de soltera: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre del Padre

_____ Apellido Nombre Segundo Nombre Sufijo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

SI EXISTE UNA ORDEN DEL TRIBUNAL, ENVIE UNA COPIA A LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL CON UN FORMULARIO DSS 3816-C

APR 5

OBLIGACIÓN DE SUSTENTO

Orden del tribunal existente: Sí No Se desconoce

Nombre del Tribunal: _____

Ciudad del tribunal: _____

Estado: _____ Condado: _____

Número del expediente: _____

Fecha de efectividad de la orden de sustento: _____

Manutención presupuestada en TANF: Sí No

Tipo de pago: _____

Cantidad del pago: \$ _____ Método de pago de la manutención: _____

Frecuencia del pago: _____

Cantidad del último pago de manutención recibido: \$ _____

Plazo del pago: _____ Mes/Día/Año Atrasos estimados: \$ _____

Fecha del último pago: _____
Mes/Día/Año

¿Tiene el cliente un abogado que participe activamente en el litigio de Manutención Infantil?: Sí No

APR 6

Seguro Médico

	Nombre del Asegurador	Tipo de Póliza	Número de Póliza
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

Comentarios:

ABPD

Nombre del menor: _____

Indicador biológico: _____

Relación de los padres cuando nació el menor: _____

Si están casados, nombre el lugar del matrimonio: _____

Se estableció la paternidad anteriormente (por matrimonio u orden judicial): Sí No

El menor está cubierto por el Seguro Médico del AP 1. Sí No

2. Sí No

ABPD

Nombre del menor: _____

Indicador biológico: _____

Relación de los padres cuando nació el menor: _____

Si están casados, nombre el lugar del matrimonio: _____

Se estableció la paternidad anteriormente (por matrimonio u orden judicial): Sí No

El menor está cubierto por el Seguro Médico del AP 1. Sí No

2. Sí No

ABPD

Nombre del menor: _____

Indicador biológico: _____

Relación de los padres cuando nació el menor: _____

Si están casados, nombre el lugar del matrimonio: _____

Se estableció la paternidad anteriormente (por matrimonio u orden judicial): Sí No

El menor está cubierto por el Seguro Médico del AP 1. Sí No

2. Sí No

Propósito e Instrucciones para el Formulario DSS 3816-B SPA

Propósito: El formulario DSS 3816-B SPA se utiliza para recopilar información sobre los progenitores ausentes con el fin de completar la referencia automatizada a la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD).

Instrucciones:

Los códigos e instrucciones que siguen deben ser utilizados cuando se complete la información y cuando se ingrese la información en CHIP:

1. Género: **M** – Masculino **F** – Femenino
2. Raza: **AI** – Indio Americano/Nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** - Negro o Afroamericano
NH - Nativo de Hawái o islas del Pacífico **UK** – Desconocido **WH** – Blanco
3. Estado Civil: **CL** – Unión Libre **DI** – Divorciado **LS** – Legalmente Separados
MA – Casados **NM** – Nunca se casaron **SE** – Separados **UN** – Se desconoce
WI – Viudo(a)
4. Apellido de soltera: Si el progenitor ausente es mujer, anote el apellido de antes que se casara.
5. SSN – Número de Seguro social – Ingrese sin guiones en CHIP
6. Causa Justa: **CO** – Cooperando **GC** – Causa Justa **NC** – No hay cooperación
7. Condado: Ingrese el Código de dos dígitos para la residencia del AP.
8. Color de Cabello: **BRW** – Marrón **BLD** – Rubio **BLK** – Negro **BRU** – Castaño
GRA – Gris **RED** – Rojo **OTH** – Otro
9. Color de Ojos: **BLU** - Azul **HZL** – Hazel **BRW** – Marrón **GRN** – Verde **GRA** – Gris
OTH – Other
10. Expediente Policiaco: **Y** – Sí **N** – No
11. Servicio Militar del AP: **A** – Activo **R** – Retirado **D** – Separado **N** – Nunca participó
U – Se desconoce
12. Rama: **AF** – Fuerzas Aéreas **AR** – Army **CG** – Guarda Costera **MR** – Marines **NG** –Guardia
Nacional **NY** – Navy
13. Orden del Tribunal existente: **Y** – Sí **N** – No **U** – Se desconoce
14. Condado: Ingrese el Código de dos dígitos del condado donde se registró la orden del tribunal se
haberse registrado en Carolina del Sur.
15. Manutención presupuestada en TANF: **Y** – Sí **N** – No

16. Tipo de Pago: **C** – ordenado por el tribunal **V** – Voluntario
17. Método del pago de manutención: **C** – Ordenado por el tribunal **D** – Directo
18. Frecuencia del pago: **W** – Semanal **B** – Bisemanal **M** – Mensual **S** – Quincenal
O – por temporada
19. Tiene el cliente un abogado que participe activamente en el litigio de Manutención Infantil: **Y** – Sí
N – No
20. Indicador biológico: **B** – Biológico **L** – Legal
21. Relación de los padres cuando nació el menor: **LS** – Legalmente Separados **NM** – Nunca se casaron **MA** – Casados **SE** – Separados **UN** – Se Desconoce **WI** – Viuda
22. Se estableció la paternidad anteriormente: **Y** – Sí **N** – No
23. ¿El menor está cubierto por el Seguro Médico del AP?: **Y** – Sí **N** – No