

SERVICIOS PARA SUSTENTO DE MENORES
SOLICITUD DE SERVICIOS PARA SUSTENTO DE MENORES

Por favor, marque el servicio que desee -

Establecimiento de paternidad

Modificación de la orden de la corte

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE CON CUSTODIA (nombre, segundo, apellido) _____
SU NOMBRE COMPLETO (nombre, segundo, apellido) _____

SU Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento (mes, día, año)

Al firmar este formulario, confirmo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y estoy de acuerdo con los términos y limitaciones especificadas.

Tenga en cuenta que una vez concluido el servicio solicitado, se cerrará su caso de sustento de menores.

Fecha: _____

Firma: _____

SERVICIOS DE SUTENTO DE MENORES
CUESTIONARIO DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

Solicitud de padre sin custodia

INSTRUCCIONES: Complete todas las preguntas en la sección I

1. **Nombre completo del padre sin custodia:** _____ NSS: _____
Otros nombres que ha utilizado anteriormente (incluyendo el nombre de soltera):

Cualquier otro Número de Seguro Social alternativo que ha utilizado anteriormente:

2. Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____
3. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
4. Su fecha de nacimiento: _____
Su lugar de nacimiento: Ciudad: _____, Estado o País: _____
5. Su dirección de correo: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
6. Número de teléfono: Casa: (____) _____ (____) Trabajo: _____ (____) Celular: _____
7. Dirección de correo electrónico: _____
8. Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____
9. Raza:
 Indio americano o Nativo de Alaska
 Negro/Afro Americano
 Hispano
 Isleño del pacífico
 Asiático
 Blanco/caucásico
 Otro
10. Su descripción física:
Altura: _____ peso: _____ Color de ojos: _____ Color de pelo: _____
Tatuajes, cicatrices y otros rasgos físicos: _____
11. Nombre de soltera de su madre: _____
12. Nombre completo de su padre: _____
13. ¿Dónde está actualmente trabajando? _____
Dirección de su empleador _____
Calle Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: _____ Tipo de negocio: _____
14. ¿Está en servicio activo en las fuerzas armadas? Sí No
En caso afirmativo, Rama de servicio: _____ Rango: _____ Años de servicio: _____
Unidad/Estación de trabajo: _____
15. ¿Está en la Guardia Nacional o las Reservas? Sí No Previamente
En caso afirmativo, Rama de servicio: _____ rango: _____ Fecha de servicio: _____

16. ¿Tiene usted un abogado? Sí No

Nombre y dirección del abogado: _____

17. ¿Pertenece a un sindicato o grupo profesional? Sí No

Nombre: _____

18. ¿Asiste a un colegio, universidad o escuela vocacional? Sí No

En caso afirmativo, Nombre: _____ Estado: _____ Fecha: _____

19. ¿Tienes cualquier otro tipo de ingresos? Sí No

En caso afirmativo, por favor, compruebe los recursos adecuados:

Seguro social / SSI o SSDI

Auto empleo (Nombre/Dirección) _____ Cantidad: \$ _____

Retiro de beneficios de los veteranos/militar

Compensación del trabajador

Fuente de seguro (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Vivienda, fuente de subsidio o de viajes (Nombre/Dirección) _____ Cantidad: \$ _____

Fondo de fideicomiso (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Fuente de ingresos de alquiler (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Otra fuente de ingresos (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

20. Sus hijos reciben pagos de incapacidad de la administración de Seguro Social de sus beneficios de incapacidad? Si No

En caso afirmativo, la cantidad recibida: _____ Fecha cuando el niño comenzó a recibir beneficios: _____

21. ¿Te tiene otros hijos naturales o adoptivos? Si No

En caso afirmativo, En caso afirmativo, nombres completos y edades del niño o los niños

¿Alguno de los niños mencionados viven contigo? Si No

En caso afirmativo, lista de nombre completo y edad de los niños:

22. ¿Se ordenó pagar sustento por otros niños? Si No

En caso afirmativo, lista de nombres y apellidos, edad, cantidad y estado donde la orden tuvo lugar:

23. ¿Alguno de los niños enumerados tienen necesidades médicas especiales? Si No

En caso afirmativo, explique: _____

24. ¿Usted y los niños han recibido asistencia pública (efectivo o TANF) en el estado de Kansas? Si No

¿Han recibido asistencia pública (efectivo o TANF) en otro Estado? Si No

En caso afirmativo, lista de todos los Estados _____ y fecha (s) _____

25. ¿Cuál es su relación con los niños?: _____

Información acerca de los niños:

Nombre Completo del Niño <i>Primero Segundo Apellido</i>			Sexo <i>M/F</i>	NSS	Fecha de Nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>	Nombre del Padre con Custodia <i>Primero Segundo Apellido</i>
Lugar de Nacimiento Ciudad		Estado		Nombre del padre en el certificado de nacimiento		

Nombre Completo del Niño <i>Primero Segundo Apellido</i>			Sexo <i>M/F</i>	NSS	Fecha de Nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>	Nombre del Padre con Custodia <i>Primero Segundo Apellido</i>
Lugar de Nacimiento Ciudad		Estado		Nombre del padre en el certificado de nacimiento		

Nombre Completo del Niño <i>Primero Segundo Apellido</i>			Sexo <i>M/F</i>	NSS	Fecha de Nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>	Nombre del Padre con Custodia <i>Primero Segundo Apellido</i>
Lugar de Nacimiento Ciudad		Estado		Nombre del padre en el certificado de nacimiento		

Nombre Completo del Niño <i>Primero Segundo Apellido(s)</i>			Sexo <i>M/F</i>	NSS	Fecha de Nacimiento <i>Mes/Día/Año</i>	Nombre del Padre con Custodia <i>Primero Segundo Apellido</i>
Lugar de Nacimiento Ciudad		Estado		Nombre del padre en el certificado de nacimiento		

26. ¿Existe alguna orden de sustento o de gastos médicos para los niños? Si No

¿Para cuales niños/as? _____

27. ¿Es usted la persona ordenada a pagar sustento o asistencia de pagos médicos?: Si No

Si No, a quien se le ordenó dar soporte: _____

Caso judicial número _____ del Condado _____ Estado _____

Si es incapaz de proveer un número de caso, por favor provea el Condado, estado y fecha de la orden del Tribunal (mes/año): _____

28. ¿Han tomado usted o el padre con custodia acción legal para modificar o establecer la paternidad?

Si No **En caso afirmativo**, tipo de acción: _____

¿Quiénes presentaron la acción? _____

¿Resultado de la acción? _____

**Si hay una orden de sustento, adjunte una copia de la orden a este formulario.
Adjunte certificados de nacimiento para todos los niños no nacidos en Kansas.**

(Favor de proveer copias del certificado de nacimiento oficial y no el certificado recibido del hospital).

Por favor continúe a la página siguiente.

SERVICIOS PARA SUSTENTO DE MENORES CUESTIONARIO DE SUSTENTO A MENORES

Información del padre con custodia

1. Nombre del padre con custodia: _____ Sexo: Masculino Femenino
Nombre Inicial Apellido

Otros nombres usados por padre con Custodia (alias, soltera, apodos, etc.): _____

2. Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad aproximada : _____
Mes, día ,año

Si el padre con custodia ha utilizado un NSS diferente? Si No Desconocido

En caso afirmativo, ¿cuál es ese número? _____

3. Lugar de nacimiento del padre con custodia: Ciudad: _____, Estado o país: _____ Desconocido

4. Dirección Actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Última dirección postal conocida: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de dirección: _____

Dirección física: (Si es diferente a la dirección postal) _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: Casa:(____) _____ Trabajo: (____) _____ (____) Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

5. ¿Cuál es la raza del padre con custodia?

- Indio americano o Nativo de Alaska
- Negro/Afro Americano
- Hispano
- Isleño del pacífico
- Asiático
- Blanco/caucásico
- Otro

6. Descripción Física del padre con custodia:

Altura: _____ peso: _____ Color de ojos: _____ Color de pelo: _____

Tatuajes, cicatrices y otros rasgos físicos: _____

7. Nombre completo de soltera de la madre del padre con custodia: _____

8. Nombre completo del padre del padre con custodia: _____

9. ¿Dónde trabaja el padre con custodia? _____

Dirección de su empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Tipo de negocio: _____

10. ¿El último lugar donde trabajó el padre con custodia? _____

Nombre de su empleador: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Fecha de empleo: _____

11. El padre con custodia está en servicio activo en las fuerzas armadas? Sí No

En caso afirmativo, Rama del servicio: _____ Rango: _____ Años de servicio: _____

Unidad/estación de trabajo: _____

12. ¿Está en la Guardia Nacional o las Reservas ? Sí No Previamente

En caso afirmativo, Rama de servicio: _____ rango: _____ Fecha de servicio: _____

13. ¿El Padre con Custodia tiene un abogado ? Sí No

Nombre y dirección del abogado: _____

14. ¿El padre con custodia se ha declarado en quiebra o bancarrota? Si No Desconocido

En caso afirmativo, Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Número de caso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

15. ¿El padre con custodia tiene una licencia de conducir? Si No Desconocido

En caso afirmativo, en qué estado: _____

16. ¿El padre con custodia perteneció alguna vez a un sindicato o grupo profesional?

Si No Desconocido Nombre: _____

17. ¿Ha sido el padre con custodia arrestado, puesto en libertad condicional, o enviado a prisión?

Si No Desconocido **En caso afirmativo**, Fecha: _____ Cargos: _____

Corte (Ciudad/Condado/Estado): _____ prisión/cárcel (Ciudad/Condado/Estado): _____

Nombre de oficial de libertad condicional: _____

18. ¿Ha asistido el padre con custodia a un colegio, universidad o escuela vocacional? Si No Desconocido

En caso afirmativo, Nombre: _____ Estado: _____ Fecha: _____

19. ¿El padre con custodia tiene cualquier otro tipo de ingresos? Si No Desconocido

En caso afirmativo, por favor, compruebe los recursos adecuados:

Seguridad social / SSI o SSDI

Auto empleo (nombre/dirección) Cantidad: \$ _____

Beneficios para veteranos

Retiro militar

Compensación del trabajador

Fuente de seguro (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Vivienda, fuente de subsidio o de viajes (Nombre/Dirección) de viaje: _____ Cantidad: \$ _____

Fondo de fideicomiso (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Fuente de ingresos del alquiler (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

Otra fuente de ingresos (Nombre/Dirección): _____ Cantidad: \$ _____

20. Si el padre con custodia recibe pagos de incapacidad de la administración de la Seguridad Social, el niño recibe beneficios de Seguro Social de la incapacidad del padre con la custodia? Si No

En caso afirmativo , la cantidad recibida: _____ Fecha en que el niño comenzó a recibir beneficios: _____

21. Tiene el padre sin custodia propiedad? (*Ejemplos: coche, camión, motocicleta, barco, camper, remolque, casa, finca, propiedad de alquiler, tierra, negocio, herramientas, equipos, etc.*) Si No Desconocido

En caso afirmativo, enumere y describa como mejor pueda, incluyendo localización y números de matrícula. Utilice la parte al dorso del formulario si necesita más espacio: _____

22. ¿El padre con custodia tiene otros hijos naturales o adoptivos? Si No Desconocido

En caso afirmativo, provea los nombres completos, edades y nombre de la madre del niño o niños y nombre de la madre (si lo conoce): _____

23. ¿Alguno de los niños enumerados en # 22 vive con el padre con custodia? Si No Desconocido

En caso afirmativo, lista de nombres completo y edades del niño: _____

24. ¿Tiene el padre con custodia alguna otra orden de pago de sustento por otros niños? Si No Desconocido

En caso afirmativo, lista de nombres y apellidos, edad, cantidad y estado donde ordenó: _____

25. Lista de amigos y familiares con quien el padre con custodia es más probable que se mantenga en contacto:

Nombre	dirección	número de teléfono	relación
--------	-----------	--------------------	----------

26. ¿El padre con custodia ha recibido asistencia pública previamente? Si No Desconocido

En caso afirmativo, Fecha: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

27. ¿En caso de emergencia, cómo ponerse en contacto con el padre con custodia? _____

28. ¿Quién provee seguro médico para los niños? _____

¿Cuál es su relación con el niño? _____

Tipo de cobertura médica: Seguros privados Tri-Care (seguro militar) Medicaid HealthWave

Nombre de compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Fecha de inicio de cobertura: _____ Costo por mes: \$ _____ Soltero: \$ _____ familia: \$ _____

Lista personas comprendidas en la póliza: _____

Tipos de cobertura: Médicos Hospital Drogas Visión Dental

Nombre de la compañía de seguros del empleador: _____

Dirección y Número de teléfono del empleador: _____

29. ¿Iguno de los niños enumerados tienen necesidades médicas especiales? Si No

En caso afirmativo, explique: _____

INFORMACIÓN DE PATERNIDAD

Complete esta página para cada niño que necesitan la paternidad establecida

30. ¿Usted, la madre y el niño han tenido pruebas de paternidad? Si No
¿En caso afirmativo, cuando: _____ donde se realizaron las pruebas? _____
Día, mes, año, Ciudad Estado
Resultados de las pruebas: _____, *por favor adjunte una copia de los resultados de la prueba genética*
31. ¿Esta usted solicitando que le hagamos pruebas genéticas? Si No
32. ¿Cuál fue la fecha en que el médico dijo que el niño debía nacer? _____
¿Cuál fue el peso del niño cuando él o ella nació? _____
33. ¿Por qué crees que usted es el padre? _____
34. ¿Alguna vez admitió que usted es el padre del niño? Si No
En caso afirmativo, Verbal o Escrito
¿Cuándo? _____ Donde? _____
Mes Día Año Ciudad Estado
35. ¿Alguna vez vivió en la misma casa con el niño? Si No
¿En caso afirmativo, cuando? _____ Donde? _____
Mes Día Año Ciudad Estado
36. ¿Estaban usted y la madre de este niño alguna vez casado? Si No
¿En caso afirmativo, cuando? _____
Mes Día Año
¿En caso afirmativo, está usted todavía casado con el / ella? Si No
¿Si no, cuándo y cómo terminó el matrimonio? _____ Divorcio Anulación
Mes Día Año
37. ¿La madre de este niño estaba casada con alguien más? Si No
En caso afirmativo, fecha de matrimonio _____ Divorcio Anulación
Mes Día Año

SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

Deberes y Derechos Legales

Instrucciones: Lea esta sección y firme en la última página. Si usted tiene preguntas, por favor pregunte a un trabajador en su centro de servicio de DCF.

Las siguientes son cosas importantes que necesita saber sobre el programa de CSS y sus derechos y obligaciones legales.

Sin abogado - la relación con el cliente:

1. Los abogados que trabajan para el programa de CSS trabajan sólo para la Secretaria de DCF.
2. Incluso si puede beneficiarse de su trabajo, ellos **no** le representan.
3. **No pueden** darle asesoramiento jurídico.
4. **No pueden** hacer cualquier trabajo legal en su caso que va más allá de los servicios de la CSS.
5. El papel del abogado CSS en casos de sustento de menores es actuar en el interés público para asegurarse de que los padres, no el Estado, son los que apoyen a sus hijos.
6. Cualquier otra acción legal que tome CSS está a la discreción del abogado de CSS.
7. Si el otro padre presenta cuestiones que están fuera de los servicios de CSS (como visitas o custodia), debe consultar con un abogado de su elección para proteger sus derechos u obtener consejo legal. Si no tiene un abogado y lo desea, puede llamar a la barra de Kansas Servicio de referencia de abogado de asociación al 1 800 928-3111. También una Oficina de Servicios Legales de Kansas puede ser capaz de ayudarle

Uso de la información:

1. Leyes federales y estatales requieren que CSS proteja la información privada que usted le provee. Las leyes también requieren que CSS pueda usarla y compartirla. Si usted tiene miedo de que nuestro uso de su información confidencial le pueda causar daño a usted o su hijo, hable con su trabajador CSS inmediatamente.
2. La Información que usted provee al programa de CSS o un abogado de CSS podría utilizarse si DCF necesita tomar acción contra usted. Por ejemplo, CSS puede tener utilizar la información proveída para hacer cumplir una orden de sustento contra usted si un niño sale de su casa o si mantienes pagos de sustentos que pertenecen al DCF.
3. Cuando CSS tiene información confidencial acerca del padre con custodia, la ley estatal o federal puede prohibir al CSS de compartir esa información con usted.

Responsabilidades del cliente:

Como participante en el programa de CSS, yo soy responsable por:

1. Mantener corriente la información que ha dado a CSS sobre mi mismo y el padre sin custodia incluyendo nuevas direcciones y números de teléfono, así como, proporcionar cualquier otra información solicitada o que acredite la falta de información bajo pena de perjurio.
2. Reportar a CSS inmediatamente si se ha obtenido un abogado privado para cualquier acción doméstica, incluyendo custodia de los hijos y problemas de sustento de menores.
3. Decir a CSS por escrito si quiero cerrar mi caso.
4. Ayudar a identificar y localizar la dirección y el empleo del padre con custodia.
5. Asistir como testigo cuando sea necesario en cualquier corte o procedimiento administrativo.
6. Cooperar con el programa de CSS y su personal.

Responsabilidades de programa CSS:

Es solamente justo que usted conozca las limitaciones del programa de CSS:

1. No podemos prometer resultados.
2. Mientras su caso CSS está abierto, personal de la CSS determinará los procedimientos adecuados para su caso y qué prioridad puede haber comparado con otros casos.
3. Si sus pagos de sustento son pagados a través del fiduciario de la Corte y usted cierra su caso con el DCF, esto no cierra su caso con el fiduciario de la Corte.
4. Aunque nos gustaría poder, no podemos llamarle, ni escribirle regularmente sobre su caso. Nos pondremos en contacto cuando ocurra algo importante o si necesitamos más información. Usted puede comunicarse con su centro de servicio de DCF en cualquier momento para el estado corriente de su caso.

He leído las indicaciones contenidas en esta sección de este formulario. Mi firma abajo autoriza a la Oficina CSS para obtener copias de certificados de nacimiento de mi hijo si el certificado es necesario en la administración del programa de CSS.

Entiendo que cada persona que recibe asistencia tiene que proveer o solicitar un número de Seguro Social. Yo autorizo el uso de estos números de Seguro Social para cosas como identificación, revisiones del programa CSS, o auditorías y cotejo por computadora con otros agencias e instituciones públicas y privadas.

Tenga en cuenta que una vez terminado el servicio solicitado, se cerrará su caso de sustento.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Kansas que las respuestas que he dado en este cuestionario son verdaderas y correctas.

Fecha: _____ Firma: _____

Por favor devuelva este formulario: