



(for office use only)  
 INRD# \_\_\_\_\_  
 KAECSES# \_\_\_\_\_

## Formulario de inscripción para los servicios de manutención de menores<sup>1</sup>

Tipo de servicios de manutención de menores que le gustaría recibir: (marque la casilla junto a los servicios que usted solicita)

Localización de padre/madre   
  Establecimiento de paternidad   
  Modificación de una orden existente  
 Establecimiento de una orden de manutención de menores y asistencia médica  
 Ejecución de una orden existente de manutención de menores y asistencia médica

Si necesita ayuda con este formulario de inscripción, llame a Servicios de Manutención de Menores al (888) 757-2445, o visite la Oficina de Manutención de Menores (Child Support Office) más cercana que encuentre en <http://www.dcf.ks.gov/services/CSS/Pages/Contractor-Information.aspx>. **Envíe este formulario de inscripción junto con una copia de su orden de manutención de menores, orden de retención de ingresos y documento de cálculo de pagos atrasados (si tiene uno) a Servicios de Manutención de Menores, por correo postal a Child Support Services, PO Box 552 Lawrence, Kansas 66044, por fax al 844-682-2171 o por correo electrónico a [dcf.cssapplications@ks.gov](mailto:dcf.cssapplications@ks.gov)**

**¿Fue remitido a los Servicios de manutención de menores del Departamento de Niños y Familias por un fiduciario del tribunal?**

No     Sí, mencione el fiduciario del tribunal: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
EL SOLICITANTE ES ➤ <input type="checkbox"/> Padre/madre biológicos <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Cuál es su relación con el dependiente? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre (primero, segundo, apellido):		Otros nombres usados (alias, de soltero/a, apodo, etc.):	
Número del Seguro Social (SSN):	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza:
Dirección (incluya nombre de la calle, número de apartamento o número de piso)		Ciudad	Estado    Código postal
Número de teléfono (celular):	Número de teléfono (del trabajo):	Número de teléfono (otro):	
¿Quiere recibir mensajes de texto de CSS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí número para mensajes de texto: _____			
Correo electrónico: _____			
¿Está dispuesto a participar en alguna encuesta de servicio al cliente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Si la respuesta es "Sí", ¿cómo le gustaría recibir las encuestas? <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Ambos, mensaje de texto y correo electrónico			
¿Tiene un abogado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre, dirección y teléfono del abogado			
_____			
_____			

<sup>1</sup> La solicitud de servicios de manutención de menores (Child Support Services, CSS) ahora se llama "Formulario de inscripción para los servicios de manutención de menores"

¿Cree que solicitar servicios de manutención de menores lo pone a usted y a sus hijos en riesgo de sufrir daños físicos o emocionales? No Sí  
 (Si respondió "Sí", el trabajador del caso podría pedirle más documentación)

¿Pertenece alguno de los padres del menor a una tribu nativa americana? No Sí:  
 Nombre de la tribu: \_\_\_\_\_  
 Cuál de los padres: Madre. Nombre de la tribu \_\_\_\_\_ Padre. Nombre de la tribu \_\_\_\_\_

Si usted pertenece a una tribu, puede elegir que la agencia tribal o nuestra agencia trabaje en su caso. Marque la casilla de abajo si le gustaría que su agencia tribal trabaje en su caso. En ese caso, le enviaremos por correo el formulario de inscripción a su agencia. Puede comunicarse con ellos si tiene preguntas sobre el programa. Marque una casilla:

<input type="checkbox"/> Tribu de Delaware 5100 Tuxedo Blvd, Ste C Bartlesville, OK 74006 (918) 337-6510	<input type="checkbox"/> Tribu PBPB 11400 158 <sup>th</sup> Road P.O. Box 174 Mayetta, KS 66509 (785) 966-8330	<input type="checkbox"/> Kickapoo P.O. Box 163 Horton, KS 66439 (877) 864-2902
---	--	---

**OTRA INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

Nombre (primero, segundo, apellido):		Otros nombres usados (alias, de soltero/a, apodo, etc.):	
SSN:	Fecha de nacimiento/Edad aproximada:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza:
Dirección (incluya el nombre de la calle, el número de apartamento y el número de piso)		Ciudad	Estado
Código postal			
Número de teléfono (celular):	Número de teléfono (del trabajo):	Número de teléfono (otro):	
Correo electrónico:	Estatura:	Peso:	Color del cabello:
Color de los ojos:			
¿Tiene empleo el otro padre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre, la dirección y el teléfono del empleador: _____ _____			
¿Recibe el otro padre beneficios del Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "Sí", ¿recibe beneficios suplementarios para los hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, \$ _____/mes			
¿Está el otro padre en el ejército? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe			
¿Tiene el otro padre pasaporte de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe			
¿Tiene el otro padre un abogado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre, la dirección y el teléfono del abogado: _____ _____			

**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE 1**

Nombre (primero, segundo, apellido):	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad y estado de nacimiento:		Condado y estado en el que se concibió al menor:	
¿Está el padre registrado en el Certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Se casó la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del cónyuge: _____	
¿Se ha establecido la paternidad de este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe (Si la respuesta es "Sí", complete las dos casillas de al lado)	¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Tribunal <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad	¿Dónde se estableció la paternidad? (Condado/Estado)	

**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE 2**

Nombre (primero, segundo, apellido):	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad y estado de nacimiento:		Condado y estado en el que se concibió al menor:	
¿Está el padre registrado en el Certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Se casó la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del cónyuge: _____	
¿Se ha establecido la paternidad de este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe (Si la respuesta es "Sí", complete las dos casillas de al lado)	¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden del tribunal <input type="checkbox"/> Declaración jurada de la paternidad	¿Dónde se estableció la paternidad? (Condado/Estado)	

**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE 3**

Nombre (primero, segundo, apellido):	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad y estado de nacimiento:		Condado y estado en el que se concibió al menor:	
¿Está el padre registrado en el Certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Se casó la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del cónyuge: _____	
¿Se ha establecido la paternidad de este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe (Si la respuesta es "Sí", complete las dos casillas de al lado)	¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden del tribunal <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad	¿Dónde se estableció la paternidad? (Condado/Estado)	

(Si tiene otros dependientes, adjunte una hoja con información por separado)

**INFORMACIÓN LEGAL**

¿Hay una orden de manutención para los menores?  No  Sí (Si respondió "Sí", complete la sección de abajo):

¿Para cuál de los menores?	Menor 1:	Menor 2:	Menor 3:
	Menor 4:	Menor 5:	Menor 6:

Número de caso judicial:

Condado:

Estado:

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿Está alguien sufragando el seguro médico para los menores?:  No  Sí  No sabe

Nombre de la persona que sufraga el seguro médico para los menores: \_\_\_\_\_

Relación con los menores: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro tiene?  Seguro privado  Seguro del estado de Kansas

Si tiene un seguro privado, escriba el nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Póliza n.º \_\_\_\_\_ Grupo n.º \_\_\_\_\_

¿Qué menores están cubiertos en esta póliza: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de cobertura tienen?:  Médica  Farmacia  Dental  Óptica/Vista

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

¿Tiene este seguro a través de un empleador?  No  Sí

Si es así, escriba el nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN Y ACUERDO DEL SOLICITANTE**

- Por la presente declaro, bajo pena de falso testimonio, que la información contenida en este formulario de inscripción es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Proporcionar información falsa podría dar lugar a cargos por falso testimonio en mi contra.
- Entiendo que los abogados que trabajan para el programa de Servicios de Manutención de Menores (Child Support Services, CSS) representan solo al secretario del Departamento de Niños y Familias (Department for Children and Families, DCF). Aunque su trabajo me beneficie, no me representan a mí. No pueden darme asesoramiento legal ni hacer ningún trabajo legal para mí que exceda los servicios de CSS. La función del abogado de CSS en el caso de manutención de menores es actuar en beneficio del interés público para asegurarse de que los padres mantengan a sus hijos. Si el otro padre plantea cuestiones que exceden los servicios de CSS, como el tiempo de custodia o la custodia, deberé consultar a un abogado propio para proteger mis derechos o para obtener asesoramiento legal particular.
- Entiendo que debo cooperar con CSS. Si recibo programas obligatorios como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), asistencia alimentaria, asistencia médica o cuidado de niños y no coopero, mis beneficios podrían verse afectados.
- Entiendo que, para dejar de recibir los servicios, puedo informar a CSS por escrito o por teléfono que ya no quiero recibirlos. Solo se pueden dejar de recibir los servicios de conformidad con el título 45, sección 303.11., del Código de Normas Federales (Code of Federal Regulations, CFR). El hecho de dejar de recibir los servicios de manutención de menores del Título IV-D no modifica ni cancela las órdenes de manutención de menores existentes.
- Firmando este formulario de inscripción, me comprometo a ceder (entregar) mis derechos de manutención pasados, presentes y futuros al secretario del DCF. Esto permite que CSS tome las medidas necesarias para mi caso. Con mi firma en este formulario de inscripción, otorgo al secretario del DCF el poder legal de endosar el cheque de manutención mientras mi caso de CSS esté abierto. Esto permite que el Estado maneje y procese mis pagos de manutención rápidamente.

He leído y comprendo el contenido del *Manual de servicios de manutención de menores* (Child Support Services Handbook) en [www.dcf.ks.gov](http://www.dcf.ks.gov). He leído la información que se incluye en esta sección del presente formulario. Con mi

firma abajo, autorizo a la oficina de CSS a obtener copias certificadas de la partida de nacimiento de mi hijo si la administración del programa de CSS lo requiere.

Nombre del solicitante en letra de imprenta	Firma del solicitante X _____	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
Nombre de padre/madre/tutor en letra de imprenta (si el solicitante es un menor no emancipado)	Firma de padre/madre/tutor (si el solicitante es un menor no emancipado) X _____	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)