

## RECONOCIMIENTO DE OBLIGACIÓN PATERNAL

**Soy el** Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento; \_\_\_\_\_  
**padre/madre de:** Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento; \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento; \_\_\_\_\_

Bajo la ley de Kansas, mientras mi niño esté en cuidado sustituto, debo cubrir las necesidades financieras y médicas de mi niño según mi capacidad para pagarlas. Tengo esta obligación durante el tiempo que mi niño esté en cuidado sustituto. Mis pagos de manutención y beneficios del seguro ayudarán a devolver al Departamento para Niños y Familias de Kansas (DCF por sus siglas en inglés) por los gastos que hayan pagado para mi niño.

Si ya he pagado manutención para mi niño, comprendo que debo continuar realizando esos pagos. Ellos lo enviarán al DCF.

Si recibo beneficios para mi niño tales como cobertura del seguro, seguro social o beneficios de veteranos, debo enviarlos al DCF.

Si no existe una orden judicial para manutención actual, el Programa de Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) se comunicará conmigo para obtener información adicional y podría solicitarle a la corte que dicte una utilizando las Pautas de Manutención de Niño de Kansas. Estas pautas consideran, entre otras cosas, mis ingresos y el tamaño de mi familia.

Si yo no coopero con el CSS para establecer esta orden actual de manutención, se puede dictar una sin mi opinión. La corte también puede solicitarme que devuelva el 100% de los costos de atención de mi niño.

Si no pago mi manutención, el CSS puede utilizar cualquier acción legal disponible para cobrarla. Eso podría incluir utilizar una retención o embargo de ingresos sobre mi salario, retener mis declaraciones federales y estatales de impuestos, o retener parte de mi compensación por seguro de desempleo. Si usted tiene preguntas con respecto a esta obligación legal, debería consultar con un abogado de su elección.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR DEL DCF:** Cuando uno o ambos padres no han firmado más arriba. (Marque los puntos más abajo que apliquen)

1) **Fecha:** \_\_\_\_\_

Entregué una copia de este a:

\_\_\_\_\_ quien se negó a firmarla.

2) **Fecha:** \_\_\_\_\_

Envié por correo una copia de este a (Proporcione el domicilio completo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Trabajador del DCF :** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Distribución: 1) Padres(s); 2) Registro de Caso del Niño; 3) Oficina Local del CSS

(Este formulario reemplaza a CFS 3035 REV 2/06)

