



(for office use only)

INRD# _____

KAECSES# _____

Inscripción en Servicios de Manutención de Menores¹

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

- ☐ Localización de padre ☐ 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 por correo electrónico este formulario de inscripción junto con una copia de la orden de manutención de menores, orden de retención de ingresos y documento de cálculo de pagos atrasados (si tiene uno) a DCF.CSSCustomer@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: _____

CUÉNTANOS SOBRE USTED

Soy: (marque uno) ☐ Padre biológico ☐ Otro padre ☐ Tutor/cuidador ☐ Otro _____

¿El niño vive con usted el 51 % o más del tiempo? ☐ Sí ☐ No

¿Qué idioma habla con mayor frecuencia? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

¿Solicita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Nombre (primero, segundo, apellido): _____

Apellido de soltera: _____

Otros nombres que ha usado: (Alias, apodo, etc.) _____

Número del Seguro Social (SSN): _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino

Raza: _____

☐ Femenino

Dirección (incluya el nombre de la calle, el número de apartamento o el número de piso) _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono (celular): _____

Teléfono (del trabajo): _____

Teléfono (otro): _____

¿Le gustaría recibir mensajes de texto de CSS? ☐ No ☐ Sí; número para mensajes de texto: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Está dispuesto a participar en alguna encuesta de servicio al cliente? ☐ No ☐ Sí

Si respondió "Sí", ¿cómo le gustaría recibir las encuestas? ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Ambos, mensaje de texto y correo electrónico

¿Tiene un abogado? ☐ No ☐ Sí Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre/dirección/teléfono del abogado? _____

¹ La Solicitud CSS ahora se llama el Formulario de Inscripción en Servicios de Manutención de Menores.

TRIBU

¿Es alguno de los padres del menor miembro de una tribu nativa americana? ☐ No ☐ Sí:

¿Qué padre? ☐ Madre - Nombre de la tribu _____ ☐ Padre - Nombre de la tribu _____

Usted tiene la opción de que su caso sea gestionado por una de las siguientes tribus de Kansas. Marque la casilla de abajo si le gustaría que su agencia tribal trabaje en su caso. Le enviaremos el formulario de inscripción a su agencia.

Puede comunicarse con ellos si tiene preguntas sobre el programa.

Marque una casilla:

☐ Tribu de Delaware
5100 Tuxedo Blvd, Ste C
Bartlesville, OK 74006
(918) 337-6510

☐ Tribu PBPB
11400 158th Road
P.O. Box 174
Mayetta, KS 66509
(785) 966-8330

☐ Kickapoo
P.O. Box 163
Horton, KS 66439
(785) 486-1228

CONSIDERACIONES DE SEGURIDAD

¿Cree que al pedir servicios de manutención de menores puede tener como consecuencia daños físicos o emocionales para usted y para sus hijos?

☐ No ☐ Sí (Si respondió "Sí", un trabajador del caso se comunicará con usted para pedirle más información. Mientras tanto, si tiene más preguntas, llámenos al (888) 757-2445)

OTRA INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre (primero, segundo, apellido):		Otros nombres usados (alias, de soltero, sobrenombre, etc.):	
SSN:	DOB/Edad aproximada:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza:
Dirección (incluya el nombre de la calle, el número de apartamento o el número de piso)		Ciudad	Estado
			Código postal
Teléfono (celular):		Teléfono (del trabajo):	Teléfono (otro):
Dirección de correo electrónico:		Estatura:	Peso:
		Color del pelo:	Color de los ojos:
¿Está empleado el otro padre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si respondió "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"/> Desconocido			
Si la respuesta es "Sí", ¿recibe beneficios suplementarios para los hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, \$_____ /al mes			
¿Está el otro padre en el ejército? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Tiene el otro padre pasaporte de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Tiene el otro padre un abogado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si respondió "Sí", escriba el nombre, la dirección y el teléfono del abogado: _____			

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE 1

Nombre (primero, segundo, apellido):	SSN:	DOB:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer
Ciudad y estado de nacimiento:	Condado y estado en el que se concibió al menor:		

¿Está el padre listado en el certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Estaba casada la madre durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "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"/> Desconocido (Si respondió "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:	DOB: <div style="float: right;"> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </div>
Ciudad y estado de nacimiento:		Condado y estado en el que se concibió al menor:	
¿Está el padre listado en el certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Estaba la madre casada durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí", escriba el nombre del cónyuge: _____	
¿Se ha establecido la paternidad de este menor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> Desconocido (Si respondió "Sí", complete las dos casillas de al lado)	¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad		¿Dónde se estableció la paternidad? (Condado/Estado)
INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE 3			
Nombre (primero, segundo, apellido):		SSN:	DOB: <div style="float: right;"> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </div>
Ciudad y estado de nacimiento:		Condado y estado en el que se concibió al menor:	
¿Está el padre listado en el certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí", escriba el nombre del padre: _____		¿Estaba la madre casada durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "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"/> Desconocido (Si respondió "Sí", complete las dos casillas de al lado)		¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden judicial <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 de menores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 de los menores?: ☐ No ☐ Sí ☐ Desconocido

Nombre de la persona que sufra 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# _____ Grupo# _____

¿Qué menores están cubiertos en esta póliza?: _____

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

Fecha de entrada en vigor: _____

¿Tiene este seguro por medio 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. Presentar información falsa podría dar como resultado 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 asesoría 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/madre plantea cuestiones que exceden los servicios de CSS, como el tiempo de crianza de los hijos o la custodia, deberé consultar a un abogado propio para proteger mis derechos o para obtener asesoría legal particular.
- Entiendo que debo cooperar con CSS. Si recibo programas obligatorios como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), ayuda para comida, asistencia médica o cuidado infantil 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 acuerdo 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. Firmando 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 HYPERLINK "<http://www.dcf.ks.gov/>" www.dcf.ks.gov. He leído la información que se incluye en esta sección del presente formulario. Mi firma abajo autoriza a la oficina de CSS a obtener copias certificadas del certificado de nacimiento de mi hijo si se requiere el certificado para la administración del Programa CSS.

Nombre del solicitante en letra de molde	Firma del solicitante X _____	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
Nombre de padre/madre/tutor en letra de molde (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)