

Solicitud de servicios de manutención infantil
del Departamento de Servicios Humanos de
Mississippi

Yo, _____,
Nombre de pila Segundo nombre Apellido de soltera Apellido

estoy solicitando los servicios de manutención infantil o me han derivado para recibirlos.

INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS MENOR/ES: Información relativa a los menores que son hijos de una misma pareja. Se completará una solicitud por separado cuando los menores no sean hijos de una misma pareja. Por ejemplo, la madre biológica es la solicitante y tiene hijos de dos padres diferentes. Los hijos de cada padre deberán figurar en solicitudes separadas.

Nombre del 1.º menor: _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de nac.: _____ Sexo: _____ Grupo étnico: _____
Ciudad y estado de nac.: _____ Vínculo con padre/madre con custodia (CP): _____

Nombre del 2.º menor: _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de nac.: _____ Sexo: _____ Grupo étnico: _____
Ciudad y estado de nac.: _____ Vínculo con padre/madre con custodia (CP): _____

Para agregar más menores, complete el formulario de información suplementaria.

¿Tienen los niños cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique quién proporciona el seguro:

☐ Padre/Madre con custodia ☐ Padre/Madre responsable de pagar la manutención ☐ Medicaid

El nombre del proveedor del menor _____

Número de grupo/póliza: _____

¿Son los menores ciudadanos de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No En caso negativo, indique el nombre y el país de ciudadanía de cada menor: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE CON CUSTODIA (CP): Información relativa a la persona que tiene la custodia física de los menores. El/La CP puede ser la madre o el padre de los menores u otro adulto.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Grupo étnico: _____ Último grado completado: _____
¿Es el/la CP ciudadano/a de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No En caso negativo, ¿cuál es el país de ciudadanía? _____
Correo electrónico: _____
Dirección postal: _____
Domicilio particular: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Vínculo con el padre/la madre responsable de pagar la manutención:

☐ Casado/a: Fecha de casamiento: _____ Condado y estado en el que se casó: _____

☐ Divorciado/a: Fecha de divorcio: _____ Lugar del divorcio: _____

☐ Separado/a ☐ Nunca se casó ☐ Otra relación: Explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE RESPONSABLE DE PAGAR LA MANUTENCIÓN (PRFS): Información del padre/de la madre que no tiene la custodia física principal de los menores.

El/la PRFS puede ser la madre o el padre de los menores. Por ejemplo, si un menor vive con el padre, la madre del niño es la PRFS.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Fecha de nac.: _____ Grupo étnico: _____ Altura: _____ Peso: _____

Color de cabello: _____ Color de ojos: _____ Último grado completado: _____

Describa las cicatrices/los tatuajes: _____

Otros nombres usados: _____

¿Es el/la PRFS ciudadano/a de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique la ciudad y el estado de nacimiento: _____

Si el/la PRFS no es ciudadano/a de los Estados Unidos de América, indique el país de ciudadanía: _____

Dirección postal: _____

Domicilio particular: _____

Correo electrónico: _____

Números de teléfono del/de la PRFS: Particular: _____ Celular: _____ Otro: _____

¿Está el/la PRFS encarcelado/a actualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Nombre y dirección del empleador del/de la PRFS: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Si el/la PRFS tiene varios empleadores, complete la información adicional en el formulario de información suplementaria.

¿Tiene el/la PRFS cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere a continuación a los menores que están cubiertos por el seguro del/de la PRFS: _____

¿Se le ordena actualmente al PRFS pagar la manutención del (de los) menor(es) mencionado(s)

anteriormente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione los siguientes detalles sobre la orden:

Monto: \$ _____ Fecha de la orden: _____ Condado: _____ Estado: _____

Vínculo del/de la PRFS con el (los) menor(es):

☐ Los padres estaban casados durante la concepción/el nacimiento del (de los) menor(es).

☐ Presunto progenitor, paternidad no establecida.

☐ La PRFS es la madre.

☐ Padre legal con paternidad establecida por uno de los siguientes métodos:

☐ Paternidad registrada en el hospital (firmó el certificado de nacimiento) ☐ Pruebas genéticas ☐ Orden judicial ☐ Acuerdo

estipulado: ☐ Otro; especifique: ¿En qué fecha se estableció la paternidad? _____

¿El nombre del padre/de la madre responsable de pagar la manutención figura en el certificado de nacimiento del menor? ☐ Sí ☐ No

Utilice este espacio para proporcionar información adicional sobre el/la PRFS, como datos relacionados con las finanzas, la ubicación, los antecedentes laborales, los títulos o certificados universitarios, las direcciones anteriores y otras fuentes de ingresos del/de la PRFS: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL OTRO PADRE BIOLÓGICO (OBP)/EL PADRE O LA MADRE LEGAL: El OBP es el otro progenitor legal/biológico (no el/la PRFS mencionada antes) en los casos en que los menores vivan con una persona que no sea el progenitor legal/biológico. Esta sección se debe completar cuando el/la CP no es ni la madre ni el padre. Por ejemplo, si un menor vive con un abuelo que tiene su tutela o custodia, el abuelo es el CP. Si el padre figura como el PRFS en la sección anterior, la madre sería la OBP a continuación.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Fecha de nac.: _____ Grupo étnico: _____ Altura: _____ Peso: _____ Color de cabello: _____

Color de ojos: _____ Último grado completado: _____

Describa las cicatrices/los tatuajes: _____

Otros nombres usados: _____

¿Es el OBP ciudadano de los Estados Unidos de América? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique la ciudad y el estado de nacimiento: _____

Si el OBP no es ciudadano de los Estados Unidos de América, indique el país de ciudadanía: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Domicilio particular: _____

Números de teléfono: Particular: _____ Celular: _____

¿Está el OBP encarcelado actualmente?: ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Si el OBP tiene varios empleadores, complete la información adicional en el formulario de información suplementaria.

¿Tiene el OBP cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, enumere a continuación a los menores que están cubiertos por el seguro del OBP: _____

¿Cuál es el vínculo del OBP con el/la CP? ☐ Hijo/a ☐ Casado/a ☐ Nunca se casó ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

☐ Otro; especifique: _____

¿Cuál es el vínculo del OBP con el/la PRFS? ☐ Casado/a ☐ Nunca se casó ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

☐ Otro; especifique: _____

Utilice este espacio para proporcionar información adicional sobre el OBP, como datos relacionados con las finanzas, la ubicación, los antecedentes laborales, los títulos o certificados universitarios, las direcciones anteriores y otras fuentes de ingresos del OBP: _____

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi (MDHS) a realizar el siguiente tipo de servicio: Marque con $\checkmark$ solo una casilla.

- ☐ **Solo servicios de localización:** El MDHS intentaría localizar al/a la PRFS. En casos de asistencia pública, no se puede elegir solo la localización.
- ☐ **Solo servicios de desembolso de retenciones de ingresos.** El MDHS no llevará a cabo ningún otro tipo de gestión de cobro y, si el empleo del/de la PRFS cambiara, el MDHS no emitirá automáticamente una nueva orden de retención. En casos de asistencia pública, no se puede elegir este servicio.
- ☐ **Services completos enumerados a continuación:**
- Localiza a padre/a la madre que no tiene la custodia.
 - Establecer la paternidad legal de mi/s hijo/s.
 - Obtener una orden legal de manutención, incluido el seguro médico, para los menores, u obtener una enmienda a la orden de manutención infantil si ya existe una.
 - Hacer cumplir la orden de manutención infantil de cualquier manera permitida por la ley.
 - Cobrar y distribuir los pagos de manutención infantil de acuerdo con las pautas federales y las leyes del estado de Mississippi.
 - Revelar mis circunstancias en alegatos u otros documentos presentados en un procedimiento para hacer cumplir/determinar la manutención infantil para mi/s hijo/s. Comprendo que tengo derecho a obtener una determinación de causa justificada si mi salud, seguridad o libertad, o las de mi/s hijo/s, se pusieran en riesgo injustificado en caso de que la información sobre mis circunstancias se divulgara según se indicó anteriormente.

En algunos casos, el MDHS puede solicitar que se le ordene al/a la PRFS pagar la manutención hasta un año antes de la solicitud. No todos los casos cumplen los requisitos para obtener manutención previa, y una solicitud no garantiza que se otorgue o pague la manutención previa.

- ¿Le gustaría que el MDHS solicitara la manutención previa? Marque con $\checkmark$ una de las opciones: ☐ Sí ☐ No

PREOCUPACIONES DE SEGURIDAD: El MDHS se toma muy en serio la seguridad de las familias y puede modificar algunos procesos para abordar las preocupaciones de seguridad. La divulgación de información no es una acusación penal contra ninguna de las partes en este caso. En cambio, el MDHS usa esta información para gestionar mejor su caso y proteger sus datos. El MDHS trata esta información como confidencial y no la revelará a ninguna otra parte, incluido el otro padre.

Para entender mejor sus preocupaciones de seguridad, marque con $\checkmark$ todas las casillas que correspondan:

- ☐ El otro padre no sabe que estoy solicitando los servicios y me preocupa su reacción.
- ☐ Tengo una orden de restricción contra el otro padre.
- ☐ Me preocupa que el otro padre obtenga mi dirección e información de contacto.
- ☐ Le tengo miedo al otro padre.
- ☐ Tengo miedo de ver al otro padre en la corte o en las oficinas del MDHS.
- ☐ El otro padre tiene una condena por violencia doméstica u otro delito relacionado (agresión, agresión sexual, acoso, etc.).

Estoy recibiendo beneficios de asistencia pública, como MEDICAID, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y las siguientes circunstancias se aplican a mi caso (marque con $\checkmark$ todas las que correspondan):

- ☐ Los menores fueron concebidos por violación o incesto.
- ☐ Se ha declarado culpable de un delito grave a un menor incluido en esta solicitud y se lo ha sentenciado a dos (2) años o más.
- ☐ Los procedimientos legales para la adopción del menor están pendientes ante un tribunal de jurisdicción competente.
- ☐ Recibo asistencia de una agencia de servicios sociales pública o privada autorizada para ayudarme a determinar si debo permitir la adopción de mis hijos.

AVISO SOBRE EL DERECHO A ALEGAR UNA CAUSA JUSTIFICADA PARA NO COOPERAR: “Causa justificada” significa que hay una razón, debido a la posibilidad de que lo dañen física o emocionalmente a usted o a sus hijos, por la que no desea obtener la manutención infantil en este momento. Si establecer la paternidad/maternidad o cobrar la manutención podría perjudicarlo/a a usted o a sus hijos, y puede proporcionar información sobre los riesgos de seguridad, la ley le permite presentar una causa justificada para no cooperar en el programa de manutención infantil.

Alegato de causa justificada (marque con √ una de las opciones):

- ☐ No deseo alegar una causa justificada.
- ☐ Estoy alegando una causa justificada para no cooperar con la agencia de manutención infantil a fin de establecer la paternidad/maternidad o cobrar la manutención infantil para mi/s hijo/s; sé que debo proporcionar toda la información que pueda para respaldar mi alegato y que el MDHS lo debe aprobar.

Al firmar esta solicitud, entiendo lo siguiente:

- He cedido al MDHS todos los derechos e intereses en relación con cualquier causa legal pasada, presente o futura que yo o los menores incluidos en esta solicitud podamos tener contra cualquier padre que no cumpla con el pago de la manutención para los hijos menores de edad.
- Se cobrará una tarifa no reembolsable de \$25 como tarifa de solicitud y para recuperar los costos de cualquier servicio prestado a los solicitantes que no reciben asistencia pública [Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)]. No se tomarán medidas hasta que se pague la tarifa de solicitud.
- Se cobrará una tarifa anual no reembolsable de \$35 del monto de manutención infantil distribuida que supere los \$550 por cada período anual de octubre a septiembre a los solicitantes que actualmente no reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y que nunca han recibido beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Este monto se deducirá del pago o los pagos distribuidos posteriores hasta que la tarifa se haya pagado en su totalidad.
- Puede ser necesario cobrar tarifas adicionales, como costas judiciales, tasas de presentación o tarifas de notificación de actos procesales.
- Recibiré el pago de los primeros \$100 de manutención infantil durante un mes en el que reciba beneficios de TANF. Este monto de manutención infantil no se considerará parte de los ingresos de mi familia y no afectará mi elegibilidad para la TANF. Sin embargo, este monto de manutención puede considerarse parte de los ingresos de mi familia y puede afectar la cantidad de otros beneficios, como el SNAP, que recibe mi grupo familiar.
- El MDHS no garantiza que las iniciativas realizadas en mi nombre tengan éxito.
- Si no coopero con el MDHS, es posible que mi caso se cierre tras recibir un aviso anticipado, y se notificará a las oficinas de asistencia pública, si corresponde, excepto si se aprueba un alegato de causa justificada. La asistencia pública incluye, entre otros, la oficina de los programas SNAP/TANF, la oficina de Medicaid y la oficina de Cuidado Infantil.
- Comprendo las sanciones penales por declaraciones falsas y juramento falso, y, por la presente, certifico la veracidad de la información proporcionada. (El juramento falso se castiga con una multa de \$1000, como máximo, o con una pena de prisión de un año, o ambas).
- Si, actualmente, tengo una orden de manutención, una vez que pague la tarifa de solicitud por los servicios de manutención infantil, los pagos se dirigirán automáticamente al MDHS. Si solicito cerrar mi caso de manutención infantil, es mi responsabilidad pedir en los tribunales que los pagos se redirijan.
- Es mi responsabilidad notificar al MDHS sobre cualquier pago directo que reciba del padre o de la madre sin custodia o cualquier orden de manutención infantil posterior que obtenga.
- Si recibiera algún monto de dinero por error, debo reembolsar el excedente.
- El MDHS tiene la capacidad de recuperar la totalidad de las declaraciones fraudulentas o erróneas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) utilizando todos los métodos disponibles (es decir, tarjetas de débito, pagos futuros, etc.).
- El abogado del estado o el abogado contratado por un particular que presta servicios de acuerdo con esta solicitud de servicios de manutención infantil:
 - no me representa en ninguna acción que pueda surgir;
 - solo representa al estado y el interés del estado;
 - no puede darme ningún asesoramiento legal y, además, entiendo que, si deseo asesorarme legalmente, debo comunicarme con mi propio abogado;
 - no se ocupa de la custodia ni de los derechos de visita.
- Cualquier monto que pague en relación con esta solicitud no son honorarios de abogados.
- Yo o el otro padre tenemos derecho a solicitar una revisión, por escrito, de la obligación de manutención cada tres años para garantizar que el monto se base adecuadamente en las pautas establecidas, y esta revisión puede aumentar o disminuir la obligación de manutención infantil.
- No se cobrará ninguna tarifa por los casos vinculados únicamente a la localización de los padres o a servicios de desembolso de retenciones de ingresos.
- Debo solicitar y cooperar con el cumplimiento de la manutención infantil como condición de elegibilidad para obtener un certificado de cuidado infantil y otros tipos de asistencia pública.
- Debo notificar al MDHS inmediatamente cuando cambie de dirección.

Si solicito servicios como padre/madre con custodia u otro padre biológico, reconozco que un trabajador de manutención infantil se comunicará con el padre/la madre sin custodia para programar una reunión e intentar llegar a un acuerdo a fin de pagar la manutención infantil. El monto de dicha manutención se basará en sus ingresos. Si tuviera alguna información que no se haya proporcionado en esta solicitud y que el MDHS debería saber antes de esta reunión (como los ingresos o el empleador del padre/de la madre sin custodia, etc.), debo comunicarme con el trabajador de manutención infantil de inmediato. El MDHS utilizará toda la información proporcionada para determinar el monto de la manutención infantil que se solicitará.

Si solicito servicios como padre/madre con custodia, entiendo que mi firma servirá como autorización para que el MDHS me emita pagos de manutención infantil en una tarjeta de débito. He recibido la información divulgada sobre las comisiones por transacciones con tarjeta de débito. Entiendo que, en su lugar, tengo la opción de elegir celebrar un contrato de depósito directo con el MDHS. El MDHS emitirá los pagos a la tarjeta de débito hasta que solicite celebrar un contrato de depósito directo, haya completado y enviado los formularios necesarios y le haya concedido al MDHS y a mi institución financiera un tiempo razonable para configurar las transacciones de depósito directo.

Bajo pena de perjurio, por la presente, juro y afirmo que he leído toda la información provista en esta solicitud y que los datos que proporcioné en esta Solicitud de servicios de manutención infantil son precisos y verdaderos según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

Envíe por correo postal su solicitud completa con un cheque o giro postal de

\$25.00 a: MDHS-Division of Child Support
950 E. County Line Rd.
Suite G
Ridgeland, MS 39157

Official Use Only:

DATE RECEIVED: ____/____/____

WORKER ID: _____

CASE ID: _____

APPLICANT: ☐CP ☐PRFS ☐OBPTYPE OF SERVICE: ☐Locate ☐IWO ☐Full ServiceFAMILY VIOLENCE INDICATOR REVIEWED AND FLAGGED: ☐Yes ☐No ☐NAGOOD CAUSE DETERMINATION MADE: ☐Yes ☐No ☐NA

DATE PROCESSED: ____/____/____

614 DISTRIBUTED: ☐Yes ☐No577 COMPLETED: ☐Yes ☐No ☐NADIRECT DEPOSIT DISCLOSURES GIVEN: ☐Yes ☐No ☐NA

Información suplementaria

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS MENORES: Si está solicitando servicios para más de dos menores del mismo padre, complete la siguiente información respecto a los demás menores. Puede imprimir tantas de estas páginas como sea necesario para proporcionar toda la información.

Nombre del menor: SSN: Fecha de nac.: Sexo:
Grupo étnico: Ciudad y estado de nac.: Vínculo con
padre/madre con custodia (CP):

Nombre del menor: SSN: Fecha de nac.: Sexo:
Grupo étnico: Ciudad y estado de nac.: Vínculo con
padre/madre con custodia (CP):

Nombre del menor: SSN: Fecha de nac.: Sexo:
Grupo étnico: Ciudad y estado de nac.: Vínculo con
padre/madre con custodia (CP):

Nombre del menor: SSN: Fecha de nac.: Sexo:
Grupo étnico: Ciudad y estado de nac.: Vínculo con
padre/madre con custodia (CP):

Nombre del menor: SSN: Fecha de nac.: Sexo:
Grupo étnico: Ciudad y estado de nac.: Vínculo con
padre/madre con custodia (CP):

¿Tienen los menores cobertura de seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Son los menores ciudadanos de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No En caso negativo, indique el nombre y el país de ciudadanía de cada menor:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: A continuación, proporcione información adicional sobre el empleador:

Nombre y dirección del empleador:
Número de teléfono del empleador:

Nombre y dirección del empleador:
Número de teléfono del empleador:

Nombre y dirección del empleador:
Número de teléfono del empleador:

Firma del solicitante: Fecha: / /