

Departamento de Servicios Humanos de Misisipi
Solicitud de servicios de manutención infantil

Yo, \_\_\_\_\_, estoy solicitando o he sido derivado a servicios de manutención infantil.
Primer nombre Segundo nombre Apellido de soltera Apellido

INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS: Información sobre el niño o niños nacidos de la relación entre ambos padres. Se rellenará una solicitud por separado si los niños no nacen de ambos padres. Por ejemplo: La madre biológica es la solicitante. Tiene hijos de dos padres diferentes. Los hijos de cada padre deberán figurar en solicitudes separadas.

Nombre del 1.er niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_
Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

Nombre del 2.o niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_
Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

En caso de más niños, complete el formulario de información complementaria.

¿Los niños tienen seguro médico?  Sí  No

¿Los niños son ciudadanos estadounidenses?  Sí  No Si la respuesta es no, indique el nombre y el país de ciudadanía de cada niño:

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

INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA (CP): Información relacionada con la persona que tiene la custodia física de los niños. El CP podría ser la madre o el padre de los niños u otro adulto a cargo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_ Último grado completado: \_\_\_\_\_

¿El CP es un ciudadano estadounidense?  Sí  No Si la respuesta es no, ¿cuál es el país de ciudadanía? \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Relación con el padre sin custodia:

Casados: Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Condado y estado de matrimonio: \_\_\_\_\_

Divorciados: Fecha de divorcio: \_\_\_\_\_ Lugar de divorcio: \_\_\_\_\_

Separados  Nunca se casaron  Otra relación: Explicar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA (NCP):** Información del padre que no tiene la custodia física principal de los niños.

El NCP podría ser la madre o el padre de los niños. Por ejemplo, un niño vive con el padre. La madre del niño es el NCP.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Color de cabello: \_\_\_\_\_

Color de ojos: \_\_\_\_\_ Último grado completado: \_\_\_\_\_

Describir cicatrices/tatuajes: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_

¿El NCP es ciudadano estadounidense?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique la ciudad, el condado y el estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el NCP no es ciudadano estadounidense, indique el país de ciudadanía. \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Números de teléfono del NCP: Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

El NCP está actualmente encarcelado:  Sí  No  Se desconoce

Nombre y dirección del empleador del NCP: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Si el NCP tiene varios empleadores, complete la información adicional en el formulario de información complementaria.

¿El NCP tiene cobertura de seguro médico?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique los niños que están cubiertos por el seguro del NCP a continuación: \_\_\_\_\_

¿El NCP está actualmente obligado a pagar la manutención infantil mencionada anteriormente?  Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione los siguientes detalles sobre la orden:

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Fecha de la orden: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Relación del NCP con los niños:**

Los padres estaban casados cuando los niños fueron concebidos/nacieron

Presunto padre, paternidad no establecida

El NCP es la madre

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

Paternidad en el hospital (certificado de nacimiento firmado)  Pruebas genéticas  Orden judicial  Acuerdo estipulado:

Otro, especificar: En qué fecha se estableció la paternidad: \_\_\_\_\_

**Utilice este espacio para proporcionar información adicional sobre el NCP, como información relacionada con las finanzas, la ubicación, el historial de trabajo, los títulos o certificados universitarios, las direcciones anteriores y otras fuentes de ingresos del NCP:** \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN DE OTRO PADRE BIOLÓGICO (OBP)/PADRE LEGAL:** El OBP es el otro padre legal/biológico (no el NCP anterior) en los casos en que los niños viven con alguien que no es un padre legal/biológico. Esta sección debe completarse cuando el CP no es el padre o la madre. Por ejemplo, un niño vive con un abuelo que tiene la tutela o la custodia de este. El abuelo es el CP. Si arriba se indicó que el padre es el NCP, la madre será el OBP a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Color de cabello: \_\_\_\_\_

Color de ojos: \_\_\_\_\_ Último grado completado: \_\_\_\_\_

Describir \_\_\_\_\_ cicatrices/tatuajes: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_

¿El OBP es ciudadano estadounidense?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique la ciudad, el condado y el estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el OBP no es ciudadano estadounidense, indique el país de ciudadanía. \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

El OBP está actualmente encarcelado:  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 complementaria.

¿El OBP tiene cobertura de seguro médico?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique los niños que están cubiertos por el seguro del OBP a continuación: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación del OBP con el CP?  Hijo  Casados  Nunca se casaron  Divorciados  Separados  Otro, especificar \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación del OBP con el NCP?  Casado  Nunca se casaron  Divorciados  Separados  Otro, especificar \_\_\_\_\_

Utilice este espacio para proporcionar información adicional sobre el OBP, como información relacionada con las finanzas, la ubicación, el historial de trabajo, los títulos o certificados universitarios, las direcciones anteriores y otras fuentes de ingresos del OBP:

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

**Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Misisipi (MDHS) a realizar el siguiente tipo de servicio: Marque solo una casilla**

**Servicios de localización solamente.** (El MDHS intentará localizar al NCP. Los casos de Ayuda social no pueden elegir localizar solamente).

**Servicios de desembolso de retención de ingresos solamente.** (El MDHS no proporcionará ningún otro tipo de cumplimiento, y si el empleo del NCP cambia, el MDHS no emitirá automáticamente una nueva orden de retención. Los casos de Ayuda social no pueden elegir este servicio).

**Servicios completos que se detallan a continuación:**

- Localizar al padre sin custodia.
- Establecer la paternidad legal de mis hijos.
- Obtener una orden legal para la manutención infantil, incluido el seguro médico para los niños, 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 Misisipi.
- Revelar mis circunstancias en alegatos u otros documentos presentados en un procedimiento para hacer cumplir/determinar la manutención infantil para mis hijos. Entiendo que tengo derecho a que se determine que existe una causa justificada si mi salud, seguridad o libertad o las de mis hijos corren un riesgo irrazonable si se divulga la información relacionada con mis circunstancias como se ha indicado anteriormente.

**En algunos casos, el MDHS puede solicitar que se ordene al NCP que pague la manutención infantil hasta un año antes de la solicitud. No todos los casos califican para recibir manutención infantil previa, y una solicitud no garantiza que se otorgue o pague la manutención infantil previa.**

- ¿Quisiera que el MDHS solicitara manutención infantil previa? Sí No

**PREOCUPACIONES DE SEGURIDAD:** el MDHS toma muy en serio la seguridad de las familias y puede modificar algunos procesos para ayudar con los problemas de seguridad. La divulgación no es una acusación penal contra ninguna de las partes en este caso, ni una solicitud para que el MDHS evite buscar servicios. En cambio, el MDHS utiliza esta información para manejar mejor su caso y proteger su información. Trata esta divulgación como confidencial y no la revelará a ninguna otra parte, incluido el otro padre.

Para comprender mejor sus preocupaciones de seguridad, marque todas las casillas que correspondan:

- El otro padre no sabe que estoy solicitando 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 ha sido condenado por violencia doméstica u otro delito relacionado (asalto, agresión sexual, acoso, etc.).

Estoy recibiendo beneficios de ayuda social como SNAP/TANF/MEDICAID, y las siguientes circunstancias se aplican a mi caso:

- Los niños fueron concebidos por violación o incesto.
- Un niño que figura en esta solicitud ha sido condenado por un delito grave y sentenciado a dos (2) años o más.
- Los procedimientos legales para la adopción del niño están pendientes ante un tribunal de jurisdicción competente.
- Estoy recibiendo asistencia de una agencia de servicios sociales pública o privada con licencia para ayudarme a determinar si debo permitir que mis hijos sean adoptados.

**Al firmar esta solicitud, comprendo lo siguiente:**

- He asignado al MDHS todos y cada uno de los derechos e intereses en cualquier causa de acción pasada, presente o futura que yo o los hijos incluidos en esta solicitud puedan tener en contra de cualquier padre que no provea la manutención infantil de los hijos menores.
- 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 ayuda social (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP]). No se tomará ninguna medida hasta que se pague la tarifa de solicitud.
- Se cobrará una tarifa anual no reembolsable de \$35 de la manutención infantil distribuida que supere los \$550 por cada período anual de octubre a septiembre para los solicitantes que no estén recibiendo actualmente beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y que nunca hayan recibido beneficios de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Esta cantidad se cobrará a partir del próximo pago o pagos distribuidos hasta que se pague la tarifa en su totalidad.
- Es posible que se necesiten tarifas adicionales, tales como: costos judiciales, tarifas de presentación, tarifas de servicio de proceso.
- El MDHS no garantiza que los esfuerzos en mi nombre tengan éxito.
- Si no coopero con el MDHS, mi caso puede cerrarse después de un aviso previo, y se notificará a las oficinas de ayuda pública, si corresponde. La ayuda social incluye, entre otros, la oficina de SNAP/TANF, la oficina de Medicaid o la oficina de Cuidado Infantil.
- Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones y juramentos falsos y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada. (El juramento falso se castiga con una multa de no más de \$1000 o con una pena de prisión de un año, o ambos).
- Si tengo una orden de manutención infantil, al pagar la tarifa de solicitud para los servicios de manutención infantil, los pagos serán dirigidos automáticamente al MDHS. Si solicito cerrar mi caso de manutención infantil, es mi responsabilidad hacer que los pagos sean redirigidos en la corte.
- Es mi responsabilidad notificar al MDHS de cualquier pago directo que reciba del padre sin custodia o cualquier otra orden de manutención infantil que obtenga.
- Si recibo algún dinero que se me envió por error, debo devolver el pago en exceso.
- El abogado del Estado o el abogado privado contratado para prestar servicios de acuerdo con esta solicitud de servicios de manutención infantil:
  - No me representa en ninguna acción que pueda ocurrir.
  - Solo representa al Estado y a los intereses del Estado.
  - No me puede dar ningún consejo legal; además, entiendo que si quiero consejo legal debo contactar a mi propio abogado.
  - No se ocupa de la custodia ni los derechos de visita.
- Que cualquier dinero que pague aquí no son honorarios del abogado.
- Yo o el otro padre tenemos derecho a solicitar una revisión, por escrito, de la obligación de pagar la manutención infantil cada tres años para asegurar que el monto es apropiado de acuerdo con las pautas establecidas, y esta revisión puede resultar en un aumento o disminución de la obligación de pagar la manutención infantil.
- No se cobrará ninguna tarifa para los casos de localización de padres solamente o los casos de servicios de retención de ingresos solamente.
- Debo solicitar y cooperar con el cumplimiento de la manutención infantil como condición de elegibilidad para un certificado de cuidado de niños y otra ayuda social.
- Debo notificar al MDHS inmediatamente cuando cambie de dirección.

Si solicito servicios como padre con custodia u otro padre biológico, reconozco que un trabajador de manutención infantil se pondrá en contacto con el padre sin custodia y concertará una reunión con él o ella para intentar llegar a un acuerdo sobre el pago de la manutención infantil. El monto de la manutención infantil se basará en sus ingresos. Si tengo alguna información que no se haya proporcionado en esta solicitud y el MDHS debe conocerla antes de esta reunión (como los ingresos del padre sin custodia, el empleador, etc.), debo ponerme en contacto con el trabajador de manutención infantil inmediatamente. El MDHS utilizará toda la información proporcionada para determinar el monto de la manutención infantil que se ordenará.

Si estoy solicitando servicios como padre con custodia, comprendo que mi firma servirá como autorización para que el MDHS me otorgue los pagos de manutención infantil con una tarjeta de débito. He recibido las declaraciones relacionadas con los cargos por transacción de la tarjeta de débito. Comprendo que tengo la opción de elegir entrar en un acuerdo de depósito directo con el MDHS en su lugar. Este emitirá los pagos de la tarjeta de débito hasta que yo solicite entrar en un acuerdo de depósito directo, haya completado y enviado los formularios necesarios, y haya concedido al MDHS y a mi institución financiera un tiempo razonable para establecer las transacciones de depósito directo.

**Bajo pena de perjurio, por la presente juro y afirmo que he leído toda la información proporcionada en esta solicitud y que la información que proporcioné en esta Solicitud de servicios de manutención infantil es precisa y verdadera a mi leal saber y entender.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Envíe por correo su solicitud completa con un cheque o giro postal por \$25.00 a:

MDHS-Division of Child Support  
P.O. Box 1449  
Yazoo City, MS 39194

**SOLO PARA USO OFICIAL:**  
 FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_/\_\_/\_\_  
 ID. DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_  
 ID. DEL CASO: \_\_\_\_\_  
 SOLICITANTE:  CP  NCP  OBP  
 TIPO DE SERVICIO:  Localizar  IWO  Servicio completo  
 INDICADOR DE VIOLENCIA FAMILIAR REVISADO Y MARCADO:  Sí  No   
 N/C DETERMINACIÓN DE UNA BUENA CAUSA REALIZADA:  Sí  No  N/C  
 FECHA DE PROCESAMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
 614 DISTRIBUIDOS:  Si  No  
 577 COMPLETADOS:  Sí  No  N/C  
 DIVULGACIONES DE DEPÓSITO DIRECTO DADAS:  Sí  No  N/C

### Información complementaria

**INFORMACIÓN PARA LOS NIÑOS ADICIONALES:** Si solicita servicios para más de dos hijos del mismo padre, complete la siguiente información para los niños adicionales. Puede imprimir todas las páginas necesarias para proporcionar toda la información.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el CP: \_\_\_\_\_ Estado de concepción: \_\_\_\_\_

¿Los niños tienen seguro médico?  Sí  No

¿Los niños son ciudadanos estadounidenses?  Sí  No Si la respuesta es no, indique el nombre y el país de ciudadanía de cada niño: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:** Proporcione información adicional del empleador a continuación:

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_