

Departamento de Servicios Humanos de Mississippi
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 una misma pareja de padres. Se llenará una solicitud por separado si los niños no nacen de una misma pareja de 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 1er niño _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Origen étnico: _____
Ciudad y estado de nacimiento: _____ Relación con el CP: _____

Nombre del 2do niño _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Origen étnico: _____
Ciudad y estado de nacimiento: _____ Relación con el padre/madre con la custodia _____

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

¿Los niños tienen seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, indique quién proporciona el seguro: Padre/madre con custodia Padre/madre responsable de la manutención
 Medicaid

El nombre del proveedor del niño _____

Número de grupo/directiva: _____

¿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/MADRE 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/madre 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/MADRE RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO (PRFS): Información del padre/madre que no tiene la custodia física principal de los niños.

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

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 PRFS es ciudadano estadounidense? Sí No Si la respuesta es sí, indique la ciudad, el condado y el estado de nacimiento: _____

Si el PRFS no es ciudadano estadounidense, indique el país de ciudadanía. _____

Dirección de correo: _____

Dirección de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Números de teléfono del PRFS: Casa: _____ Móvil: _____ Otro: _____

El PRFS está actualmente encarcelado: Sí No Se desconoce

Nombre y dirección del empleador del PRFS: _____

Número de teléfono del empleador: _____

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

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

¿El PRFS está actualmente obligado a pagar la manutención infantil para el niño o niños mencionados anteriormente? Sí No

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

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

Relación del PRFS con el niño o niños:

- Los padres estaban casados cuando el niño o niños fueron concebidos/nacieron
- Presunto padre, paternidad no establecida
- El PRFS 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 PRFS, como información relacionada con las finanzas, ubicación, historial de trabajo, títulos o certificados universitarios, direcciones anteriores y otras fuentes de ingresos del PRFS: _____

INFORMACIÓN DE OTRO PADRE/MADRE BIOLÓGICO (OBP)/PADRE/MADRE LEGAL: El OBP es el otro padre/madre legal/biológico (no el PRFS anterior) en los casos en que los niños viven con alguien que no es un padre/madre 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 del niño. El abuelo es el CP. Si arriba se indicó que el padre es el PRFS, la madre será la 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 PRFS? Casado Nunca se casaron Divorciados Separados Otro, especificar _____

Utilice este espacio para proporcionar información adicional sobre el OBP, como información relacionada con las finanzas, ubicación, historial de trabajo, títulos o certificados universitarios, 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 solo una casilla

Servicios de localización solamente. (El MDHS intentará localizar al PRFS. 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 PRFS 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/madre 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 Mississippi.
- Revelar mis circunstancias en peticiones 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 se ponen irrazonablemente en riesgo 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 PRFS 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.

- ¿Quiere que el MDHS solicite 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. MDHS trata esta divulgación como confidencial y no la revelará a ninguna otra parte, incluido el otro padre/madre.

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

- El otro padre/madre no sabe que estoy solicitando servicios y me preocupa su reacción.
- Tengo una orden de restricción contra el otro padre/madre.
- Me preocupa que el otro padre/madre obtenga mi dirección e información de contacto.
- Le tengo miedo al otro padre/madre.
- Tengo miedo de ver al otro padre/madre en la corte o en las oficinas del MDHS.
- El otro padre/madre 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/madre 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.
- Recibiré los primeros \$100 de manutención infantil pagados durante un mes en el que recibo los beneficios de TANF. Esta cantidad de manutención infantil no se considerará parte de mis ingresos familiares y no afectará mi elegibilidad para TANF. Sin embargo, este monto de manutención puede considerarse parte de mis ingresos familiares y puede afectar el monto de otros beneficios, como SNAP, proporcionados a mi hogar;
- 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/madre 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/madre 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/madre con custodia u otro padre/madre biológico, reconozco que un trabajador de manutención infantil se pondrá en contacto con el padre/madre 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/madre 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/madre 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
 950 E. County Line Rd.
 Suite G
 Ridgeland, MS 39157

SOLO PARA USO OFICIAL:
 FECHA DE RECEPCIÓN: __/__/__ ID.
 DEL TRABAJADOR: _____
 ID. DEL CASO: _____
 SOLICITANTE: CP PRFS 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: ____/____/____