

SOLICITUD DE SERVICIOS SUSTENTO DE MENORES
(APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES)

Yo, _____, (SSN) _____, por la presente contrato con la Agencia para el Sustento de Menores (*Child Support Enforcement Agency*) para la prestación de sus correspondientes servicios. Esta solicitud constituye el contrato y sus términos. Yo entiendo que la Agencia para el Sustento de Menores determinará cuales servicios serán necesarios para mí. Estos servicios no comenzarán hasta tanto yo pague el cargo por servicios, cobrable solo una vez y no reembolsable.

Derechos y Responsabilidades del Solicitante

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

___ Será mi responsabilidad devolver cualquier dinero enviado a mí por error.

___ La Agencia recobrará cualquier dinero enviado a mí por error. La Agencia podrá recobrar a razón del **10%** de la cantidad corriente de mi pensión alimentaria y de **todo** dinero que se reciba para pagar atrasos hasta que se haya recobrado la cantidad enviada a mí por error.

___ La Agencia podrá usar un abogado para establecer y hacer regir la orden del Tribunal. **El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre él y yo.** El abogado no podrá manejar otra materia legal, como custodia y visitas.

___ Tengo el derecho de solicitar que la orden de pensión alimenticia sea revisada para posibles ajustes cada **tres** años o antes si hay cambios significativos en mis circunstancias.

Intercepción del Reintegro de Contribuciones al Gobierno (Tax Refund).

Ley Federal requiere que la Agencia para el Sustento de Menores intercepte el reintegro de las contribuciones pagadas al Gobierno, para pagar atrasos en las pensiones alimenticias.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

___ Si el padre ausente tiene atrasos en la pensión alimenticia, y reúne los requisitos para interceptarle el reintegro de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Rentas de Carolina del Norte (DOR), para descontar la deuda de pensión alimenticia de su reintegro de contribuciones.

___ Con el dinero de las contribuciones se pagará primero la deuda por sustento recibido del Estado, luego podré recibir el pago por los atrasos de mi pensión alimenticia

___ Podrá haber un cargo por el procesamiento del reintegro de contribuciones. Este cargo será descontado de dicho reintegro.

___ Si el padre ausente rindió planillas de contribución conjunto con su esposa, la Agencia tendrá que determinar si puedo recibir algún pago del dinero de contribuciones. Este proceso puede tomar hasta seis meses.

___ El Servicio de Rentas Internas Federal (IRS) puede hacer ajustes de los reintegros de contribuciones hasta por seis años. Esto puede resultar en que tenga que devolver parte de los fondos de reintegro federal previamente recibidos.

Uso del número del Seguro Social:

Leyes federales [42 USC 666 (a)(13)] requiere la divulgación del número de Seguro Social. Este número solo será usado para propósitos de establecimiento de paternidad y para establecer y hacer regir la obligación de sustento de menores.

He recibido información del Programa que describen los servicios, los cargos, derechos y responsabilidades, políticas de cobros y procedimiento de distribución de dinero. Estoy enviando con esta solicitud todas las hojas de información suplementaria debidamente completadas.

Firma del Solicitante

Fecha

SOLICITUD PARA SUSTENTO DE MENORES
PROGRAMA SUSTENTO DE MENORES
PARTE UNO: INFORMACION DEL SOLICITANTE

Por favor complete la siguiente información acerca de usted, de cada padre ausente y del niño para quien usted desea recibir nuestros servicios. Mientras más información usted nos dé, mejor podremos servirle. Si necesita asistencia para completar esta información, llame o visite su oficina local de Sustento de Menores. **Por favor, notifique inmediatamente cualquier cambio en dirección. Podemos enviarle la pensión alimentaria siempre y cuando tengamos su dirección postal correcta.**

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Su Nombre
 Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Nombre de soltera (Si es diferente al de arriba) _____ Otros nombres que usted haya usado _____

Fecha de Nacimiento _____ **Raza** _____ **Sexo** _____ **Num. de Seguro Social** _____

Dirección Postal:
 Número y Calle _____
 Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Zona Postal (Zip Code) _____

Dirección Residencial (Si es diferente a la postal):
 Número y Calle _____
 Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono del Hogar _____ **Tel del Trabajo** _____ **Podemos llamarle a su trabajo?** Sí No
Teléfono celular _____

INFORMACION SOBRE INGRESOS DEL SOLICITANTE

<p>Nombre y Dirección del Patrono:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono del Empleador: _____</p>	<p style="text-align: center;">Ingresos</p> <p style="text-align: center;">Anote los ingresos en cantidad bruta mensual.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 60%;">Cantidad</th> <th style="text-align: left; width: 40%;">Fuente del Ingreso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td style="text-align: right;">Total</td> </tr> </tbody> </table>	Cantidad	Fuente del Ingreso	\$ _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	Total
Cantidad	Fuente del Ingreso												
\$ _____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
\$ _____	Total												

<p>Beneficios Federales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, cuales: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Retiro Ferroviario <input type="checkbox"/> Servicio Civil <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>Beneficios por Desempleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros Ingresos: Indique cantidad y origen:</p>
---	--

ESCRIBA EL NOMBRE DEL O LOS PADRES AUSENTES DE QUIEN USTED NECESITA PENSIÓN ALIMENTARIA

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Certifico que toda la información ofrecida es cierta y correcta a mi mejor entender.

SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES
PARTE DOS: INFORMACION DEL NIÑO

Complete la siguiente información para cada uno de los niños

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

Nombre del Niño: _____ **Nombre del Padre Ausente** _____
Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Raza _____ Sex _____ Número de Seguro Social _____
Relación con Usted: **Hijo** **Otra** (especifique) _____

Lugar de Nacimiento _____
Ciudad _____ Condado _____ País o Estado _____

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad _____ País o Estado _____ Niño nacido fuera del matrimonio Sí No.

Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento: Nombre _____ Apellidos _____

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico? Sí No

¿Está la paternidad legalmente establecida? Sí No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:
¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una) Por matrimonio. Por Corte Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño? Sí No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad? Sí No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente? Sí No ¿A quien se lo ha dicho? _____

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)? Sí No.

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

Nombre del Niño: _____ **Nombre del Padre Ausente** _____
Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Raza _____ Sex _____ Número de Seguro Social _____
Relación con Usted: **Hijo** **Otra** (especifique) _____

Lugar de Nacimiento _____
Ciudad _____ Condado _____ País o Estado _____

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad _____ País o Estado _____ Niño nacido fuera del matrimonio Sí No.

Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento: Nombre _____ Apellidos _____

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico? Sí No

¿Está la paternidad legalmente establecida? Sí No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:
¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una) Por matrimonio. Por Corte Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño? Sí No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad? Sí No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente? Sí No ¿A quien se lo ha dicho? _____

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)? Sí No.

SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES
PARTE TRES: INFORMACION SOBRE EL PADRE AUSENTE

INFORMACION DEL PADRE AUSENTE

Nombre del padre ausente

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Nombre de soltera (si aplica) _____ Alias _____

Fecha de nacimiento _____ Raza _____ Sexo _____ Núm. de Seguro Social _____
 (o edad si no sabe la fecha)

Relación con usted: ___ Esposo(a) ___ Ex-esposo(a) ___ Ninguna ___ Otra (especifique) _____

Fecha de Casamiento: _____ Fecha Separación o Divorcio _____

Dirección Postal: ___ Dirección actual ___ Última dirección conocida **Teléfono del hogar** _____ **Celular** _____

Número y Calle _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Residencial (si es diferente de la postal): ___ Dirección actual ___ Última dirección conocida (Marque una)

Número y calle _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado o País _____

Estatura _____ Peso _____ Color del pelo _____ Color de los ojos _____ Otras marcas _____

Num. Licencia de Conducir _____ Estado _____

Marca y modelo del vehículo _____ **Número de placa y estado** _____

Ocupación usual _____

Nombre del Padre _____ Dirección _____

Nombre de la madre _____ Dirección _____

Nombre de la esposa más reciente (excluida usted): _____

Fecha de matrimonio: _____ Fecha de Separación o Divorcio: _____

INFORMACION SOBRE EL INGRESOS DEL PADRE AUSENTE

Nombre y dirección del patrono: ___ Actual ___ Última conocida

Teléfono del patrono: _____

Ingresos

Anote cantidad y fuente del ingreso

Cantidad

Fuente

\$ _____

\$ _____ Total

¿Trabaja el padre ausente por cuenta propia? ___ Sí ___ No

¿Ha trabajado el padre ausente alguna vez con el Gobierno Federal? ___ Sí ___ No ¿Qué agencia? _____

¿Beneficios Federales? ___ Sí ___ No Si recibe, marque los que aplican:

___ Seguro Social, ___ Retiro Servicio Postal, ___ VA, ___ RR Retiro, ___ Servicio Civil, ___ Militar, ___ Retiro, ___ Otro: _____.

¿Recibe Compensación por Desempleo? ___ Sí ___ No. Otro ingreso (cantidad y origen) _____.

PARTE IV: INFORMACION DEL PADRE AUSENTE

SERVICIO MILITAR E HISTORIAL DE ARRESTOS

¿Servicio Militar? Sí No Si contesta Sí, indique rama del ejército _____ Rango _____

Servicio Activo Reserva Retirado Separado del Servicio Desertor Se desconoce

Ultima estación de servicio: _____ Fecha comenzó servicio _____ Fecha terminó servicio _____

¿Está encarcelado en la actualidad? Sí No Nombre de la prisión _____

¿Ha sido arrestado antes? Sí No Si contesta sí, dónde y cuando? _____

Delito u ofensa _____ Tipo de convicción: Delito grave Menos grave Fecha _____

¿Está el padre ausente libre bajo palabra o en probatoria? Sí No ¿Donde? _____

Nombre del Oficial de Probatoria _____

INFORMACION SOBRE LA ORDEN DE PENSION ALIMENTARIA

¿Recibe usted pensión alimentaria? Sí No Si recibe, diga si por: Orden de Corte Acuerdo Escrito (marque uno)

Por favor incluya copia de la orden de la Corte o acuerdo escrito sobre pensión alimentaria.

Tipo de pago: Pensión Alimentaria Servicios Médicos Pensión para ex-esposa (Marque todas las que apliquen)

¿Cómo le pagan la pensión? En la Secretaría de la Corte Directamente a usted A través de otra persona o entidad.

Número del caso en Corte _____, Fecha efectividad de la orden _____, Condado _____, Estado _____

Cantidad ordenada \$ _____, frecuencia _____, cantidad en atraso \$ _____.

Niños incluidos en la orden: _____

USE ESTE ESPACIO PARA INCLUIR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED CREA NOS PUEDA AYUDAR A CONSEGUIR LA PENSION ALIMENTARIA QUE USTED SOLICITA

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA EL SUSTENTO DE MENORES
(Application for IV-D Services and Supplemental Information Sheets)

_____, Num. Seguro Social _____ por este medio convengo con el Programa de Sustento de Menores del condado de _____ (_____ County Child Support Enforcement Agency) en que me provean los correspondientes servicios de sustento de menores. Esta solicitud constituye un contrato y sus términos. Yo entiendo que el Programa de Sustento de Menores determinará cuales servicios son necesarios para mí. De requerirse algún pago por servicios, dichos servicios no comenzarán hasta que dicho pago sea realizado.

Derechos y Responsabilidades del o la Solicitante

Yo entiendo y convengo en que:

____ Será mi responsabilidad reparar cualquier dinero que me sea enviado por error.

____ La Agencia cobrará cualquier dinero enviado a mí por error, a razón del 10% de los pagos de la pensión alimentaria, y todo lo que envíe el padre ausente para cubrir pensiones atrasadas, hasta que mi deuda quede salda.

____ La Agencia usará los servicios de un abogado para establecer y lograr la orden para la pensión alimentaria.

El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre el abogado y yo. El abogado no manejará ningún otro asunto, como custodia y visitación.

____ Yo tendré el derecho de solicitar la revisión de la pensión alimentaria cada tres años o antes, de haber un cambio significativo en las circunstancias.

Intercepción del Reintegro de la Contribución

Ley Federal requiere que la Agencia intercepte la devolución de contribuciones para pagar atrasos en pensiones alimentarias.

Yo entiendo y convengo en que:

____ Si el padre ausente tiene atrasos en la pensión alimentaria y reúne los requisitos para la intercepción de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Hacienda de North Carolina a descontar de las contribuciones hasta la cantidad del total de atrasos en pensión alimentaria.

____ Pagos de asistencia pública que se le deban al Estado serán pagados antes que los atrasos se me deban a mí.

____ Un cargo por procesamiento puede ser cobrado. Este cargo es descontado de las contribuciones interceptadas.

____ En caso de contribuciones rendidas en conjunto con el cónyuge del padre ausente, la Agencia deberá determinar si puedo recibir el pago. Este proceso puede tomar hasta seis meses.

____ El Servicio de Rentas Internas puede hacer ajustes en las contribuciones por devolver hasta los últimos seis años. Esto puede resultar en que tenga de devolver alguna porción de las contribuciones interceptadas a mi favor.

Yo he recibido información describiendo los servicios, cargos por servicios, derechos y responsabilidades, las normas para el cobro de la pensión al padre ausente y las formas de distribuir dicha pensión. Estoy incluyendo con esta solicitud las hojas de información suplementaria debidamente completadas.

Firma de Solicitante

Fecha