



STEVE SISOLAK
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

Nombre del padre sin custodia:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
--------------------------------	--------------------------	----------------------

FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Cuando solicita beneficios de asistencia de TANF y/o de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención de niños y/o la manutención para asistencia médica que se le debe a usted y/o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir pruebas genéticas. Si se comprueba que la persona que usted nombró no es el padre, es posible que usted tenga que pagar el costo de la prueba. También, usted es responsable de proporcionar toda la información disponible solicitada por el programa CSE como certificados del decreto de divorcio y/u órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El programa CSE localiza a padres ausentes y/o sus fuentes de ingresos o recursos, establece e impone manutención monetaria o médica, evalúa y modifica órdenes de manutención existentes y recauda y distribuye pagos monetarios o médicos. Si usted solicita ayuda médica solamente, usted puede solicitar por escrito que sólo desea los servicios para manutención médica.

El programa CSE tiene discreción total para determinar los recursos legales que se utilizan para obtener la manutención y no puede garantizar el éxito. CSE puede solicitar la ayuda de otro estado, y por lo tanto, tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia, visitas o de cuentas médicas no pagadas. CSE puede cerrar su caso cuando este caiga bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El programa CSE representa al Estado de Nevada en proporcionar servicios y no existen los privilegios entre abogado y cliente. CSE está autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por razón de manutención y puede recaudar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos del IRS u otro pago federal. Si ocurriera una interceptación de impuestos, el programa de CSE tiene la autorización de quedarse con el reembolso por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagan intereses sobre el dinero retenido. Los fondos recaudados por medio de una interceptación de impuestos son utilizados primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esté atrasada y que esté asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad no reembolsable sobre cualquier impuesto o pago federal que sea interceptado por el programa CSE.

Podría permitirse una **causa justa** para no cooperar con nuestro esfuerzo de conseguir manutención o establecer la paternidad. Si usted no coopera con CSE y no se ha determinado una causa justa, su hogar será inelegible para recibir los beneficios de TANF y usted será inelegible para Medicaid. Causa justa para no cooperar será considerada si usted lo solicita por escrito. Los siguientes son ejemplos de causa justa:

- ***El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.***
- ***Procedimientos legales están pendientes ante un juzgado para adoptar el niño.***
- ***A usted le está ayudando una agencia pública o privada para decidir si desea retener a su niño o darlo en adopción (no más de tres (3) meses).***
- ***Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o su niño(s).***



Deberá proporcionar al gerente del caso una verificación, dentro de veinte (20) días después de reclamar por una causa justa. Recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo por causa justa. Si se establece que tiene justificación para no cooperar, CSE no tratará de establecer paternidad o coleccionar manutención de niños.

Sí, yo quiero reclamar por causa justa. **NO quiero reclamar por causa justa en este momento.**

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	/ / Fecha	Número de teléfono
-------------------	---------------------------	--------------	--------------------

Número del Caso: _____

Usted debe reportar cambios cada vez que ocurre un cambio de nombre; tiene una nueva dirección o número de teléfono de casa o del trabajo; contrata un abogado privado o agencia de colección; presenta otra acción legal de manutención de niños o de paternidad; presenta una demanda de divorcio; recibe pagos de manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, número de teléfono, de empleo o seguro de salud para el padre ausente; un niño(s) ya no vive con de usted; un hijo(s) está todavía en la escuela secundaria después de 18 años de edad; un niño(s) queda discapacitado antes de los 18 años; un hijo(s) viene a vivir con usted o usted da a luz a otro niño; un niño se casa, se adopta, se ingresa a las fuerzas armadas o se declara un adulto por orden judicial.

Usted es responsable de devolver los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos que sean ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el pago y el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros. Además, acción legal puede ser iniciada contra usted.



FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Llene un formulario para cada padre que no vive con el niño(s) para quien(es) usted está solicitando ayuda. Por ejemplo, si tiene dos niños y cada uno tiene un padre/una madre diferente, usted tendrá que completar dos formularios. Si usted no es el padre/la madre del niño(s) para quien(es) solicita ayuda, tiene que completar un formulario por la madre ausente y un formulario por el padre ausente. No deje ninguna pregunta en blanco. Escriba a mano o a máquina desconocido o N/A (no aplicable) para cualquier pregunta que no aplica o si no sabe la respuesta.

SU NOMBRE:				SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		SU FECHA DE NACIMIENTO:		SU PARENTESCO CON EL NIÑO(S):	
¿Han recibido usted o los niños asistencia pública anteriormente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						En caso afirmativo, ¿dónde?		(Ciudad, Estado)	
Número de Seguro Social del padre que no vive con usted:				<i>Complete lo que conoce acerca del padre sin custodia. Si no sabe la respuesta a la pregunta, escriba desconocido o N/A.</i>					
APELLIDO:			PRIMER NOMBRE:			INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		SUFIJO (Jr./Sr., etc.):	
DIRECCIÓN:									
CIUDAD:				ESTADO:				CÓDIGO POSTAL:	
ÚLTIMA FECHA DE CONTACTO:						TELÉFONO/CELULAR:			
RAZA:	SEXO:	COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	PESO:	ESTATURA:	¿ESTÁ EL/ELLA DISCAPACITADO(A)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:				FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA DE FALLECIMIENTO:			
¿EN CUALQUIER MOMENTO ESTUVO LA MADRE CASADA CON ESTE PADRE SIN CUSTODIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DE MATRIMONIO:		FECHA DEL DIVORCIO:			
¿ESTABA CASADA LA MADRE CON OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿HAY OTROS PADRES POSIBLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿ORDEN DE CORTE ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						CIUDAD Y ESTADO			



INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS PARA ESTE PADRE AUSENTE:

Número de Seguro Social del niño	Apellido del niño	Primer nombre del niño	Inicial del segundo nombre del niño	Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AA)	¿Tuvo relaciones sexuales la madre con otro hombre (no mencionado arriba), durante 30 días antes o después de que el embarazo comenzó para este niño?	Mes de comienzo de manutención
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Todos los casos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y programas médicos donde el adulto y niño(s) reciben Medicaid deben ser referidos para Servicios de Cumplimiento de la Manutención. Yo entiendo que si no hay un adulto en mi familia que recibe asistencia médica, y me gustaría recibir Servicios de Cumplimiento de la Manutención, debo presentar una solicitud para ayuda con la agencia de manutención del estado o del condado apropiado.

Esta información es correcta al mejor de mi conocimiento. He leído la sección "Información importante sobre la manutención de niños" que se encuentra en la solicitud de elegibilidad. Yo entiendo que si he ocultado o falsificado información intencionalmente, podría ser descalificado para recibir asistencia pública.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este documento es verdadera al mejor de mi conocimiento y creencia, y que las declaraciones contenidas en este son hechas para los fines establecidos aquí, incluyendo, pero no limitado a, obtener ayuda para establecer paternidad y/o una orden de manutención de niños junto con la recaudación de manutención de niños.

Su firma:

Fecha de la firma:

