

FOR OFFICIAL USE ONLY

DATE STAMP

DATE APPLICATION REQUESTED _____

DATE APPLICATION PROVIDED _____

DATE APPLICATION RECEIVED _____

**DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES
SOLICITUD DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS**

NÚMERO DE CASO: _____

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Servicios del Programa del Cumplimiento de La Manutención de Los Hijos (CSE por sus siglas en inglés):

- Localizar a todos los padres sin custodia y/o fuentes de ingresos y/o bienes;
- Hacer cumplir la manutención financiera y médica;
- Establecer la paternidad (determinar quién es el padre de los niños);
- Revisar y ajustar las órdenes de manutención infantil que están en existencia;
- Establecer el apoyo económico y médico;
- Recolectar y distribuir los pagos de manutención financiera y médica.

El Programa CSE:

- tiene que administrar todos los servicios (mencionados antes) para todas las personas, a menos que el individuo es un beneficiario de Medicaid y el beneficiario de Medicaid notifica al programa CSE por escrito que sólo quiere servicios de apoyo médico;
- tiene discreción para determinar que recursos legales se utilizan para proporcionar los servicios (mencionados antes) y no se puede garantizar el éxito;
- puede solicitar la asistencia de otro Estado y, por lo tanto, estará sujeto a las leyes de ese Estado. Después de que el otro Estado reciba la solicitud de servicios, puede tardar noventa (90) días, o más, para que cualquier información esté disponible;
- **no presta** servicios relacionados con la custodia, el régimen de visitas, o facturas médicas que no han sido pagadas. Sin embargo, estos servicios pueden ser disponibles a través de un abogado privado;
- cerrará sus casos con su petición por escrito o cuando su caso cumple con reglas de cierre establecidas por la regulaciones federales y estatales.

Información Importante Que Debe Saber:

El Programa CSE:

- impondrá una honorarios anual de \$25 en cada caso donde una persona nunca ha recibido asistencia dinero de TANF y para quienes el Estado ha recogido al menos \$500 de manutención;
- representa al Estado de Nevada cuando provee servicios y el privilegio de cliente y abogado no existe;
- está autorizado a aprobar dinero en efectivo, cheques, giro postal, y/o otras formas de pago a nombre de usted para pagos de mantenimiento;
- los pagos de manutención del niño serán depositados directamente en su cuenta bancaria, o por una tarjeta de débito de Nevada. Una tarjeta de débito de Nevada se le emitirá a usted a menos que usted solicite que los pagos se han depositados directamente. Para obtener más información sobre depósito directo, por favor llame gratis a la Unidad de Apoyo al Cliente del Programa pare Manutención de Niños al cliente al (800) 992-0900 o consultar el sitio de la web de la Unidad de Desembolso(SCaDU) en https://dwss.nv.gov/uploadedFiles/dwssnvgov/content/Home/Features/Forms/1116-MEC_Direct%20Deposit%20Info%20English.pdf y para solicitar para imprimir un acuerdo de autorización de depósito directo.
- puede recaudar la manutención vencida mediante la intercepción y la devolución de impuestos del IRS o cualquier otro pago federal. Si se produce una intercepción de impuestos, el programa CSE tiene la autoridad de hacer una devolución de impuestos conjunta por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. Ningún interés se tiene que pagar en los fondos retenidos. Los fondos recaudados de la intercepción de impuestos se aplican primero para pagar cualquier manutención vencida, asignada al Estado de Nevada. Una suma no reembolsable se deduce por el gobierno federal para los pagos de impuestos federales o interceptados por el programa CSE.

Aceptando asistencia en efectivo o médica para usted mismo o el niño en su custodia, usted ha hecho una asignación a la División de Bienestar y Servicios Sostenedores de todos los derechos a la ayuda de cualquier persona. Cualquier tipo de apoyo asignado al Estado de Nevada, que no ha sido pagado, puede ser obligado y colectado hasta que se pague en su totalidad.

Si usted recibe asistencia en efectivo, los pagos de manutención serán detenidos por el Estado de Nevada para pagar cualquier manutención vencida asignada al estado. Cuando usted no esté recibiendo asistencia en efectivo, se le seguirá enviando pagos de manutención hasta que usted solicite por escrito que cierren su caso. Sin embargo, cualquier pago de manutención que no haya sido pagado o asignado al Estado de Nevada puede ser obligado y coleccionado hasta que se pague en su totalidad. Todos los pagos de manutención se envían y se procesan por el programa CSE y serán distribuidos de acuerdo a las regulaciones del estado y federal.

El programa CSE es requerido por capítulo 42 de los códigos de los Estados Unidos, regulaciones federales, y leyes del estado que estableció el programa CSE para obtener números de seguro social para esos individuos recibiendo manutención de los hijos. El número de seguro social se necesita para establecer adecuadamente y forzar las obligaciones de manutención de los hijos basado en los servicios del programa para cumplir con los requisitos de reportaje contenidos en las leyes federales y del estado y las regulaciones mencionadas anteriormente. Cualquier individuo que no reporte esta información puede resultar en la negación de los servicios de manutención de niños. El programa CSE usará los números de seguro social sólo para el propósito de proveer los servicios delimitados en las leyes federales, regulaciones federales, leyes del estado, y regulaciones del estado que gobierna el programa CSE.

De acuerdo con las leyes federales y la póliza del U.S. Department of Health and Human Services (HHS), la División de Bienestar y Servicios Sostenedores prohíbe la discriminación en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Para archivar una reclamación de discriminación, escriba HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (correo de voz) o (202) 619-3257 (TDD).

Responsabilidades:

Usted es responsable de:

- Proveer toda la información requerida por el programa CSE. Esto puede incluir copias certificadas de sentencias de divorcio y/o todas las órdenes de apoyo que existan, copias de los certificados de nacimiento de sus hijos, y una foto del padre sin custodia;
- participar en las pruebas genéticas para determinar la paternidad. Si la prueba genética demuestra que la persona nombrada no es el padre, es posible que tenga que pagar por el costo de la prueba genética;
- reportar cuando uno de los siguientes cambios ocurren:
 1. Cambio de nombre, nueva dirección o número de teléfono de la casa o el trabajo;
 2. Si ha contratado un abogado privado o agencia de cobros;
 3. Otra acción legal de manutención de sus hijos o de paternidad que haya solicitado;
 4. Solicitar para un divorcio;
 5. Si recibe pagos de manutención directamente del padre sin custodia;
 6. Nueva dirección, número de teléfono, seguro de salud o empleo para el padre sin custodia;
 7. Si su hijo(s) ya no viven con usted;
 8. Si su hijo(s) todavía está en la escuela secundaria **después** de cumplir 18 años;
 9. Si su hijo(s) se incapacita **antes** de la edad de 18 años;
 10. Si su hijo(s) vienen a vivir con usted o si hay un nacimiento de otro niño;
 11. Si su hijo(s) se casa, se adopta, se une a las fuerzas armadas, o se declara un adulto por orden judicial.
- solicitando una revisión o un arreglo de la orden existente de manutención, una vez cada tres años o si hay un cambio significativo en sus circunstancias;
- entregar el pago de manutención que recibe directamente del padre sin custodia mientras usted está recibiendo asistencia en efectivo;
- devolver pagos de manutención recibidos en error, incluyendo devolución de impuestos de IRS que son ajustados por IRS. Si usted falla en entrar en un acuerdo de pago con el programa CSE, el saldo pendiente puede ser reportado a una agencia de informes de crédito y el programa CSE puede coleccionar este dinero y mantenerlo para cobrar el dinero que se debe. Adicionalmente, acciones legales pueden ser iniciadas en su contra.

Instrucciones de Solicitar:

Usted debe responder todas las preguntas. Por favor conteste las respuestas imprimiendo **A MANO O EN MAQUINA DE ESCRIBIR** (no en cursivo), en tinta negra o azul. Marque Sí, No, desconocido o escriba N/A (no aplicable) en cualquier espacio que no se aplica. Use una hoja de papel por separado si usted necesita más espacio para cualquier respuesta o si tiene información adicional con respecto a la custodia que no está cubierta por las preguntas de este formulario. **(Adjunte todas las copias de las órdenes de corte de manutención.) La solicitud debe ser firmada en las páginas 6 y 7. Los servicios podrían retrasarse si su solicitud no está completa y firmada.**

COMPLETAR LO SIGUIENTE SOBRE USTED, Y LA PERSONA A CARGO (CST iniciales en inglés) DE LOS HIJOS:

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		Otro Apellido o Nombres Usados	
Dirección de Casa (Ciudad, Condado, Estado & Código Postal)			¿Cuánto tiempo vivió en Nevada?
Dirección de Correo (Si es diferente a la de arriba)			
Número de Teléfono de Casa ()		Número de Teléfono del Trabajo ()	
Número de Teléfono Celular ()		Correo Electrónico:	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Altura pies pulgadas	Peso Libras	Color de Pelo: Color de Los Ojos:	Raza:
Nombre y Dirección del Empleador (Ciudad, Estado & Código Postal)			Título del Trabajo
¿Eres?: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vive con un novio/novia			
¿Cuál es su relación con los hijos? (Madre, Padre, Abuelos, etc.)			
¿La fecha en que los hijos empezaron a vivir con usted (mes/año)?			

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO/DE SALUD:

¿Tienen usted y los hijos seguro médico/de salud satisfactorio (no Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuota mensual?	
¿Su empleador ofrece seguro médico/de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuota mensual?	Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico/de salud.

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA (DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES):

¿Solicito asistencia económica de TANF? <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde? (Ciudad, Estado) Cuándo?(Mes/Año)
¿Usted o los hijos recibieron asistencia económica de TANF en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde? (Ciudad, Estado) ¿Qué año(s)?

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS:

		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿En qué Estado comenzó su embarazo?
Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:	Raza:	¿Cuánto tiempo ha vivido el hijo en Nevada?
Padres del Hijo: <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Vivieron Juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el hijo:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el hijo:	
Fecha de Matrimonio de Los Padres: Ciudad, Estado:		Fecha de Divorcio de Los Padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la Madre:		Nombre del Padre: ¿Está en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS Continuacion:

Nombre del Hijo (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿En qué Estado comenzó su embarazo?
Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:	Raza:	¿Cuánto tiempo ha vivido el hijo en Nevada?
Padres del Hijo: <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Vivieron Juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el hijo:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el hijo:	
Fecha de Matrimonio de Los Padres: Ciudad, Estado:		Fecha de Divorcio de Los Padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la Madre:		Nombre del Padre: ¿Está en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Hijo (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿En qué Estado comenzó su embarazo?
Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:	Raza:	¿Cuánto tiempo ha vivido el hijo en Nevada?
Padres del Hijo: <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Vivieron Juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el hijo:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el hijo:	
Fecha de Matrimonio de Los Padres: Ciudad, Estado:		Fecha de Divorcio de Los Padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la Madre:		Nombre del Padre: ¿Está en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre de Hijo (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿En qué Estado comenzó su embarazo?
Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:	Raza:	¿Cuánto tiempo ha vivido el hijo en Nevada?
Padres del Hijo: <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Vivieron Juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el hijo:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el hijo:	
Fecha de Matrimonio de Los Padres: Ciudad, Estado:		Fecha de Divorcio de Los Padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la Madre:		Nombre del Padre: ¿Está en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Hijo (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿En qué Estado comenzó su embarazo?
Número de Seguro Social	Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:	Raza:	¿Cuánto tiempo ha vivido el hijo en Nevada?
Padres del Hijo: <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Vivieron Juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el hijo:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el hijo:	
Fecha de Matrimonio de Los Padres: Ciudad, Estado:		Fecha de Divorcio de Los Padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la Madre:		Nombre del Padre: ¿Está en el Acta de Nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

COMPLETAR LO SIGUIENTE SOBRE EL PADRE SIN CUSTODIA (NCP iniciales en ingles) (el padre de los hijos que está ausente)

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		Otros Nombres Usados	
Dirección de Casa (Ciudad, Condado, Estado & Código Postal)		<input type="checkbox"/> Dirección Actual <input type="checkbox"/> Última dirección conocida <input type="checkbox"/> Dirección del Pariente	
Dirección de Correo (Si es diferente a la de arriba)		<input type="checkbox"/> Dirección Actual <input type="checkbox"/> Última dirección conocida <input type="checkbox"/> Dirección del Pariente	
Número de Teléfono de Casa ()		Número de Teléfono del Trabajo ()	
Número de Teléfono Celular ()		Correo Electrónico:	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento Ciudad, Estado:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Altura _____ pies _____ pulgadas	Peso Libras	Color de Pelo: Color de Los Ojos:	Raza:
Describe cualquier cicatrices, marcas de nacimiento y tatuajes:			
¿Es el padre?: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre Es el padre?: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vive con un novio/novia			
¿El padre ha estado en cárcel o prisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, dónde?(Ciudad, Estado) _____ ¿Cuándo?			
¿En cualquier momento estuvo la madre casada con este padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Matrimonio	Fecha de Divorcio	
¿Estuvo la madre casada con alguien más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay otros posibles padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Existe una orden de manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué Ciudad, Estado? Adjunte una copia			
Fecha última de pago de manutención de menores: <input type="checkbox"/> Directo a usted <input type="checkbox"/> De otra oficina de manutención de menores; Ciudad, Estado:			

INFORMACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS:

Nombre y Dirección del Empleador (Ciudad, Estado) <input type="checkbox"/> Empleador Actual <input type="checkbox"/> Empleador Anterior		Tipo de Trabajo:
Miembro de la Unión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿Qué unión?	Local #:	
Dirección de Unión (Ciudad, Estado) y Número de Teléfono:		
Servicio de Guerra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, de qué rama? <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Marina de Guerra <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Guardacostas <input type="checkbox"/> Reservas		
Otros Ingresos: <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia		

INFORMACIÓN EL SEGURO MÉDICO/DE SALUD:

¿Tiene el padre el seguro médico/de salud para los hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Están cubiertos los hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y Dirección de la compañía de seguros (Ciudad, Estado)	
Número de Póliza	Número de Grupo

INFORMACIÓN DE RECURSOS

¿Tiene vehículos (carro, barco, remolque, camion, etc.)? Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ # de Licencia: _____ Estado: _____
¿Tiene propiedad (casa, tierra, edificios, etc.)? Dirección /Ubicación (Ciudad, Estado): _____
¿Tiene cuentas de banco (Cheques, Ahorros, Certificado de depósito, Cuenta de Jubilación Personal (IRA), Jubilación, etc.)? Ubicación (Nombre de Banco, Ciudad, Estado) _____

HISTORIAL DE PAGO DEL PADRE SIN CUSTODIA (NCP iniciales en ingles) (A partir del mes más reciente)

Nombre del Padre Sin Custodia: _____

AÑO: _____

AÑO: _____

AÑO: _____

Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada	Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada	Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada
Ene.			Ene.			Ene.		
Feb.			Feb.			Feb.		
Mar.			Mar.			Mar.		
Abr.			Abr.			Abr.		
Mayo			Mayo			Mayo		
Junio			Junio			Junio		
Julio			Julio			Julio		
Ago.			Ago.			Ago.		
Sep.			Sep.			Sep.		
Oct.			Oct.			Oct.		
Nov.			Nov.			Nov.		
Dic.			Dic.			Dic.		
TOTAL			TOTAL			TOTAL		

AÑO: _____

AÑO: _____

AÑO: _____

Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada	Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada	Mes	Cantidad Debida	Cantidad Pagada
Ene.			Ene.			Ene.		
Feb.			Feb.			Feb.		
Mar.			Mar.			Mar.		
Abr.			Abr.			Abr.		
Mayo			Mayo			Mayo		
Junio			Junio			Junio		
Julio			Julio			Julio		
Ago.			Ago.			Ago.		
Sep.			Sep.			Sep.		
Oct.			Oct.			Oct.		
Nov.			Nov.			Nov.		
Dic.			Dic.			Dic.		
TOTAL			TOTAL			TOTAL		

DECLARACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento y creencia, y las declaraciones contenidas e incluidas en este documento se hacen con el fin de declarar aquí sin limitaciones, para obtener asistencia en la paternidad y establecimiento de la orden y la aplicación y distribución de manutención. Al firmar esta solicitud, reconozco las responsabilidades que se enumeran y de acuerdo a los servicios que ofrece el Programa de Cumplimiento de la manutención de los hijos.

Nombre del Solicitante (Por Favor Escriba) _____

Firma de Solicitante _____

Fecha _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

DECLARACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O FAMILIA

Creo que la revelación de mi dirección y/o de mis hijo(s) y/o otra información de identificación irrazonablemente me pondría a mi y/o a mis hijo(s) en peligro de salud, seguridad o libertad.

NO

SÍ; Explicar completamente y adjunte copias archivadas de todas las órdenes de corte y otra documentación.

(Si se necesita espacio adicional, continuar en una hoja separada de papel.)

Divulgación de Información:

Cualquier información contenida en esta solicitud puede utilizarse en otros casos en los que esté involucrado, como un cambio en la custodia de los hijos donde se convierte en un padre sin custodia. Información contenida en los casos del programa CSE no se da a cualquier persona que no participa directamente en la administración del programa.

Si el programa CSE pide asistencia de otro Estado, la Ley Uniforme Interestatal de Apoyo familiar de 1996 (UIFSA **iniciales** en inglés) requiere que información de identificación personal sea proporcionada a dicho Estado sobre usted y los hijos bajo su custodia, como la dirección de residencia. La ley de Nevada proporciona protección para usted y los hijos bajo su custodia, si hay peligro de secuestro de los hijos o violencia familiar. Un tribunal puede pedir identificación personal, esta información no se dará si la salud, la seguridad o la libertad de usted o los niños bajo su custodia están en riesgo.

Declaración:

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta declaración es verdadera y correcta.

Nombre del Solicitante (Por Favor Escriba)

Firma del Solicitante

Fecha