

**SÓLO PARA USO OFICIAL**

**DATE STAMP**

DATE APPLICATION REQUESTED \_\_\_\_\_

DATE APPLICATION PROVIDED \_\_\_\_\_

DATE APPLICATION RECEIVED \_\_\_\_\_

**DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL  
SOLICITUD DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS**

NÚMERO DEL CASO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

**Servicios del Programa de Cumplimiento de Manutención de Niños (CSE):**

- 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 del niño(s)); • Revisar y modificar las órdenes de manutención de niños existentes;
- Establecer órdenes de manutención financiera y médica; • Cobrar y distribuir pagos de manutención financiera o médica.

El programa CSE:

- debe proporcionar todos los servicios anteriores a todos individuos, a menos que el individuo sea un beneficiario de Medicaid y el beneficiario de Medicaid notifique al programa CSE por escrito que sólo desea servicios de manutención médica;
- tiene discreción total para determinar qué recursos legales se utilizan para proporcionar los servicios anteriores y no puede garantizar el éxito;
- puede solicitar ayuda de otro estado y, por lo tanto, estar sujeto a las leyes de ese estado. Puede tomar noventa (90) días, o más, después de que el otro estado reciba la solicitud de servicios antes de que cualquier información esté disponible;
- **no** proporciona servicios relacionados con custodia, visitas o cuentas médicas no pagadas. Sin embargo, estos servicios pueden estar disponibles a través de un abogado privado;
- cerrará sus casos a petición suya por escrito o cuando su caso cumpla con las reglas de cierre establecidas por reglamentaciones federales o estatales.

**Información importante que debe conocer:**

El programa CSE:

- impondrá una cuota anual de \$35 a partir del 1 de octubre de 2019 en cada caso en que un individuo nunca ha recibido asistencia monetaria de TANF y para quien el Estado ha recaudado al menos \$550 de manutención de niños.
- representa al Estado de Nevada cuando se proporcionan servicios y no existe ningún privilegio abogado-cliente;
- está autorizado a endosar y cobrar cheques, giros postales y/u otras formas de pago hechos a usted por razón de manutención;
- los pagos de manutención de niños se efectuarán en un depósito directo en su cuenta bancaria o por una tarjeta de débito de Nevada. Se le emitirá una tarjeta de débito de Nevada a menos que solicite pagos por depósito directo. Para más información sobre el depósito directo, por favor llame al número gratuito de la Unidad de Servicio al Cliente de Cumplimiento de la Manutención de Niños al (800) 992-0900 o consulte el sitio web de la Unidad del Estado de Cobros y Desembolsos de Cumplimiento de la Manutención de Niños (SCaDU) en [https://dwss.nv.gov/uploadedFiles/dwssnvgov/content/Home/Features/Forms/1116-MEC\\_Direct%20Deposit%20Info%20English.pdf](https://dwss.nv.gov/uploadedFiles/dwssnvgov/content/Home/Features/Forms/1116-MEC_Direct%20Deposit%20Info%20English.pdf) para imprimir un Acuerdo de Autorización de Depósito Directo.
- puede recaudar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos del IRS u otro pago federal. Si ocurriera una intercepción de impuestos, el Programa de CSE tiene la autoridad para retener un reembolso de impuestos conjunto por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagan intereses sobre los fondos retenidos. Los fondos recaudados por medio de una intercepción de impuestos son utilizados primero para pagar cualquier cantidad de manutención atrasada y asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal deduce una tarifa no reembolsable por cualquier impuesto o pago federal interceptado por el Programa CSE.

Al aceptar asistencia monetaria o médica para usted o el niño bajo su custodia, usted ha hecho una asignación a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social de todos los derechos a manutención de cualquier persona. Cualquier manutención no pagada asignada al Estado de Nevada puede ser ejecutada y recaudada hasta que se pague en su totalidad.

Si recibe asistencia monetaria, el Estado de Nevada mantiene los pagos de manutención para pagar cualquier manutención vencida asignada al estado. Cuando ya no reciba asistencia monetaria, se le envían pagos de manutención hasta que solicite

el cierre del caso por escrito. Sin embargo, cualquier manutención no pagada asignada al Estado de Nevada puede ser ejecutada y recaudada hasta que se pague en su totalidad.

Todos los pagos de manutención son enviados a y procesados por el programa CSE y distribuidos de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.

El programa CSE es requerido por el Título 42 de los Códigos de los Estados Unidos, las regulaciones federales y las leyes estatales que establecieron el programa CSE de obtener los números de seguro social (SSN) para aquellos individuos que reciben servicios de manutención de niños. El SSN es necesario para establecer y ejecutar correctamente las obligaciones de manutención de niños basadas en los servicios del programa y cumplir con los requisitos de notificación contenidos en las leyes y regulaciones federales y estatales mencionadas anteriormente. Cualquier individuo que no divulgue esta información puede ser negado los servicios de manutención de niños. El programa CSE utilizará estos SSN solo con el propósito de proporcionar servicios resumidos en la ley federal, las regulaciones federales, las leyes y las regulaciones estatales que rigen el programa CSE.

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (voice) o (800) 537-7697(TDD).

### **Responsabilidades:**

Usted es responsable de:

- proporcionar toda la información disponible solicitada por el programa CSE. Esto puede incluir copias certificadas de un decreto de divorcio y/o todas las órdenes de manutención existentes, copias de los certificados de nacimiento de los niños, y una fotografía del padre sin custodia;
- participar en pruebas genéticas para establecer la paternidad. Si la prueba genética demuestra que la persona nombrada no es el padre, es posible que usted tenga que pagar el costo de la prueba genética;
- reportar cuando ocurra cualquiera de los siguientes cambios:
  1. Cambio de nombre, nueva dirección o número de teléfono del hogar o del trabajo;
  2. Se contrata un abogado privado o una agencia de cobros;
  3. Se presenta otra acción legal de manutención de niños o de paternidad;
  4. Se presenta una demanda de divorcio;
  5. Se reciben pagos de manutención directamente del padre sin custodia;
  6. Nueva dirección, número de teléfono, empleo o seguro de salud para el padre sin custodia;
  7. Un niño(s) ya no vive con usted;
  8. Un niño(s) está todavía en la escuela secundaria **después** de los 18 años;
  9. Un niño(s) queda discapacitado **antes** de los 18 años;
  10. Un niño(s) viene a vivir con usted o el nacimiento de otro niño;
  11. Un niño se casa, se adopta, se ingresa a las fuerzas armadas o se declara un adulto por orden judicial.
- solicitar una revisión y ajuste de la orden de manutención de niños existente una vez cada tres años o si hay un cambio significativo en las circunstancias;
- entregar los pagos de manutención que recibe directamente del padre sin custodia cuando recibe asistencia monetaria;
- reembolsar los pagos de manutención recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de un reembolso de impuestos ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros y el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el reembolso. Además, acción legal puede ser iniciada contra usted.

### **Instrucciones de la solicitud:**

Debe responder a todas las preguntas. Por favor, escriba las respuestas con letra de molde o a máquina en tinta negra o azul. Marque Sí, No, Desconocido o escriba N/A (no aplicable) en cualquier espacio que no aplique. Utilice una hoja de papel separada si necesita más espacio para cualquier respuesta o si tiene información adicional acerca del padre sin custodia que no está incluida en las preguntas en este formulario. **(Adjunte copias de todas las órdenes de manutención de la corte.) La solicitud debe estar firmada en las páginas 6 y 7. Los servicios podrían retrasarse si su solicitud no está completa y firmada.**

**COMPLETE LO SIGUIENTE ACERCA DE USTED, EL CUSTODIO (CST), DEL NIÑO(S):**

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Otros apellidos usados	
Dirección de domicilio (dirección postal, ciudad, estado y código postal) ¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el solicitante?			
Dirección de correo (si es diferente a la anterior)			
No. de teléfono en casa ( )		No. de teléfono de trabajo ( )	
No. de teléfono celular ( )		Dirección de correo electrónico:	
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estatura pies pulg.	Peso libras	Color del cabello: Color de ojos:	Raza:
Nombre y dirección del empleador (ciudad, estado y código postal)			Título del trabajo
Es usted: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Está viviendo con un novio o novia			
¿Cuál es su parentesco con los niños? (Madre, padre, abuelo, etc.)			
¿Fecha en que los niños comenzaron a vivir con usted (mes/año)?			

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO/DE SALUD:**

¿Tienen usted y los niños un seguro médico/de salud satisfactorio (no Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Costo mensual?	
¿Ofrece su empleador seguro médico/de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico/de salud.</b> ¿Costo mensual?

**INFORMACIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA (DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL):**

¿Solicitó asistencia monetaria de TANF? <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿dónde? (ciudad, estado)
¿Cuándo? (mes/año)	
¿Han recibido usted o los niños asistencia monetaria de TANF en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué año(s)?
En caso afirmativo, ¿dónde? (ciudad, estado)	

**INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS:**

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué estado comenzó el embarazo?
No. de Seguro Social	Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:	Raza	¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el niño?
Padres del niño: <input type="checkbox"/> Nunca casados <input type="checkbox"/> Vivían juntos <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el niño:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el niño:	
Fecha de matrimonio de los padres: Ciudad, Estado:		Fecha de divorcio de los padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la madre:		Nombre del padre: ¿En el registro de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS continuación:**

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué estado comenzó el embarazo?
No. de Seguro Social	Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:	Raza	¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el niño?
Padres del niño: <input type="checkbox"/> Nunca casados <input type="checkbox"/> Vivían juntos <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el niño:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el niño:	
Fecha de matrimonio de los padres: Ciudad, Estado:		Fecha de divorcio de los padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la madre:		Nombre del padre: ¿En el registro de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué estado comenzó el embarazo?
No. de Seguro Social	Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:	Raza	¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el niño?
Padres del niño: <input type="checkbox"/> Nunca casados <input type="checkbox"/> Vivían juntos <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el niño:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el niño:	
Fecha de matrimonio de los padres: Ciudad, Estado:		Fecha de divorcio de los padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la madre:		Nombre del padre: ¿En el registro de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué estado comenzó el embarazo?
No. de Seguro Social	Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:	Raza	¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el niño?
Padres del niño: <input type="checkbox"/> Nunca casados <input type="checkbox"/> Vivían juntos <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el niño:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el niño:	
Fecha de matrimonio de los padres: Ciudad, Estado:		Fecha de divorcio de los padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la madre:		Nombre del padre: ¿En el registro de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué estado comenzó el embarazo?
No. de Seguro Social	Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:	Raza	¿En qué fecha comenzó a vivir en Nevada el niño?
Padres del niño: <input type="checkbox"/> Nunca casados <input type="checkbox"/> Vivían juntos <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados			
Fecha en que la madre dejó de vivir con el niño:		Fecha en que el padre dejó de vivir con el niño:	
Fecha de matrimonio de los padres: Ciudad, Estado:		Fecha de divorcio de los padres: Ciudad, Estado:	
Nombre de la madre:		Nombre del padre: ¿En el registro de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**COMPLETE LO SIGUIENTE ACERCA DEL PADRE SIN CUSTODIA (NCP) (el padre de los niños que está ausente)**

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Otros apellidos usados:	
Dirección de domicilio (dirección postal, ciudad, estado y código postal)		<input type="checkbox"/> Dirección actual <input type="checkbox"/> Última dirección conocida <input type="checkbox"/> Dirección de pariente	
Dirección de domicilio (ciudad, condado, estado y código postal)		<input type="checkbox"/> Dirección actual <input type="checkbox"/> Última dirección conocida <input type="checkbox"/> Dirección de pariente	
No. de teléfono en casa ( )		No. de teléfono de trabajo ( )	
No. de teléfono celular ( )		Dirección de correo electrónico	
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento Ciudad, Estado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estatura      pies      pulg.	Peso                      libras	Color del cabello Color de ojos	Raza:
Describa cicatrices, marcas de nacimiento o tatuajes:			
El padre es: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre    El padre es: <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Está viviendo con un novio o novia			
¿Ha estado en la cárcel/en prisión el padre/la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde? (ciudad, estado)    ¿Cuándo?			
¿Estuvo la madre casada con este padre sin custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del 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	
¿Existe una orden de manutención de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué ciudad y estado?			
<b>Adjunte una copia</b>			
Fecha del último pago de manutención: <input type="checkbox"/> directo a usted <input type="checkbox"/> de otra oficina de manutención de niños; 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 del sindicato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué sindicato? Dirección del sindicato (ciudad, estado) y no. de teléfono:		No. de sección:
Servicio Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué rama? <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Reserva		
Otros ingresos: <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo		

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO/DE SALUD:**

¿Tiene el padre seguro médico/de salud para los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre y dirección de la compañía de seguros (ciudad, estado)	
No. de Póliza	No. de Grupo

**INFORMACIÓN DE RECURSOS:**

¿Vehículos (automóvil, barco, remolque, caravana, etc.)? Marca:	Modelo:	Año:	No. de licencia:
Estado:			
¿Propiedad (casa, terreno, edificios, etc.)? Dirección/Ubicación (ciudad, estado):			
¿Cuentas bancarias (Cheques, Ahorros, Certificados de Depósito (CD), Cuenta de retiro individual (IRA), Jubilación, etc.)? Ubicación (nombre del banco, ciudad, estado)			

**ANTECEDENTES DE PAGO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)** (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		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Ago			Ago			Ago		
Sep			Sep			Sep		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dic			Dic			Dic		
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		

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		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Ago			Ago			Ago		
Sep			Sep			Sep		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dic			Dic			Dic		
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		

**DECLARACIÓN**

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que las declaraciones contenidas en esta son hechas para los fines establecidos aquí, incluyendo, pero no limitado a, obtener ayuda para establecer paternidad y una orden de manutención de niños, y la ejecución y distribución de manutención de niños. Al firmar esta solicitud, reconozco las responsabilidades enumeradas y acepto los servicios que proporciona el Programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (con letra de molde por favor)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O FAMILIAR

Yo creo que la divulgación de mi dirección y/o la de los niños y/u otra información de identificación pondría en riesgo excesivo la salud, seguridad o libertad mía y/o de los niños.

NO

SÍ. Explique completamente y adjunte copias de todas las órdenes de la corte presentadas pertinentes y otra documentación.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

### Divulgación de información:

Cualquier información contenida en esta solicitud se puede utilizar en otros casos en los que usted está involucrado, como un cambio en la custodia de los niños donde usted se convierte en un padre sin custodia. La información contenida en los casos del programa CSE no se da a ninguna persona que no esté directamente involucrada en la administración del programa.

Si el programa CSE solicita asistencia de otro estado, la Ley Uniforme de Manutención Familiar Interestatal de 1996 (UIFSA) requiere que se proporcione información de identificación personal a ese estado acerca de usted y los niños bajo su custodia, como la dirección de domicilio. La ley de Nevada proporciona protección para usted y los niños bajo su custodia si existe un riesgo grave de violencia familiar o secuestro de niños. Una corte puede ordenar que no se proporcione información de identificación personal si la salud, seguridad o libertad de usted o de los niños bajo su custodia estarían en riesgo.

### Declaración:

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (con letra de molde por favor)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha