

Nombre del padre sin custodia:	SSN: / /	DOB: - -
-----------------------------------	------------------	------------------

**DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES
FORMULARIO SOBRE PADRES SIN CUSTODIA (NCP)**

Cuando solicita por TANF y/o ayuda de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con los Servicios Para Esforzar Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención y/o la manutención médica que se le debe a usted o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir exámenes genéticos. Si el examen comprueba que la persona que usted nombro no es el padre es posible que usted tenga que pagar el costo del examen. Usted es responsable de proveer toda información disponible pedida por el Programa CSE como copias certificadas del decreto de divorcio y/o órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El programa CSE encuentra a padres ausentes y/o sus ingresos o recursos, establece y esfuerza manutención monetaria o médica, revisa y ajusta órdenes de manutención y colecciona y distribuye pagos monetarios o médicos. Si usted solicita ayuda médica solamente usted puede pedir por escrito que solo quiere servicios para manutención médica.

El programa CSE tiene discreción única en escoger los remedios legales que se utilizan para obtener manutención y no puede garantizar éxito. CSE puede obtener la ayuda de otro estado y tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia, visitas o de cuentas medicas no pagadas. CSE puede cerrar su caso cuando este cae bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El programa de CSE representa al Estado de Nevada en proveerle servicios y no existen privilegios entre abogado y cliente. CSE esta autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por manutención y puede coleccionar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos de IRS u otro pago federal. Si una intercepción de impuestos ocurre, el programa de CSE puede quedarse con el reembolso por un periodo de seis meses antes de distribuir el dinero. No se paga interés sobre el dinero retenido. Dinero coleccionado a través de intercepción de impuestos es utilizado primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esta en retraso y esta asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad que no se reembolsa de cualquier impuesto o pago federal que intercepta el Programa CSE.

Buena razón para no cooperar con nuestro esfuerzo de conseguir manutención o paternidad puede ser permitida. Si usted no coopera con CSE y buena razón no ha sido determinad, su hogar será inelegible para TANF y usted será inelegible para Medicaid. Buena razón para no cooperar será considerada si usted lo pide por escrito. Los siguientes son ejemplos de buena razón:

- *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 esta ayudando una agencia publica o privada para decidir si desea retener a su niño o darlo en adopción (no mas largo que tres meses).*
- *Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o su niño.*

Usted debe proveer a su gerente del caso de la verificación no mas tarde de veinte (20) días después de reclamar buena razón. Usted recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo de buena razón. Si se encuentra que usted tiene justificación en no cooperar, CSE no tratara de establecer paternidad o colectar manutención.

SI, yo deseo reclamar buena razón. **NO, yo no estoy reclamando una buena causa en este momento**

Firma

Usted tiene que reportar cambios cada vez que un nombre cambia: si tiene una nueva dirección o numero de teléfono para casa o trabajo; contrata un abogado privado o agencia de coleccion, toma acción legal acerca de paternidad o manutención; toma acción para conseguir un divorcio; recibe manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, numero de teléfono, empleo o seguro de salud para el padre ausente; un niño(s) no vive con usted; un niño(s) continua en la escuela después de los 18 anos; un niño(s) se vuelve incapacitado antes de los 18 años; un niño viene a vivir con usted o usted da a luz otro niño; un niño se casa, es adoptado, se une a la fuerzas armadas o es declarado adulto por orden de corte.

Usted es responsable de devolver cualquier cantidad de manutención recibida por error, incluyendo pagos de reembolso de impuestos del IRS, que son ajustados por el IRS. Si usted falla en cometerse a un plan para pagarle al programa de CSE, el balance que queda puede ser reportado a una agencia de crédito y dinero recaudado para usted por el programa de CSE puede ser retenido. Acción legal contra usted también puede ser iniciada.

DIVISIÓN DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES
FORMULARIO SOBRE PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Llene un formulario por cada padre/madre que no vive con los niños por cuales usted solicita ayuda. Por ejemplo, si usted tiene dos niños y cada uno tiene un diferente padre/madre usted tiene que llenar dos formularios. Si usted no es el padre o madre de los niños por cuales solicita ayuda, usted necesita llenar un formulario por la madre ausente y un formulario por el padre ausente. No deje ninguna respuesta en blanco. Si usted no sabe la respuesta a la pregunta o la pregunta no le aplica a usted, escriba "no sé" o N/A (no aplica).

SU NOMBRE:		SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL: / /		SU FECHA DE NACIMIENTO: - -		SU PARENTESCO A LOS NIÑOS:	
¿Usted o los niños han recibido asistencia pública en el pasado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Si contesto SI, ¿dónde? (Ciudad, Estado)			
Numero de seguro social del padre/madre que no vive con usted: / /				Llene los detalles que usted sepa sobre el padre ausente. Si usted no sabe la respuesta, escriba "no sé" o N/A.			
APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:		MODIFICANTE (Jr., Sr., etc.):	
DIRECCIÓN:							
CIUDAD:			ESTADO:			CODIGO POSTAL:	
LA ULTIMA FECHA DE CONTACTO: - -				TELEFONO/CELULAR: - - / - -			
RAZA:	SEXO:	COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	PESO:	ESTATURA:	¿ESTA EL O ELLA INCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:			FECHA DE NACIMIENTO: - -		FECHA DE FALLECIMIENTO: - -		
¿EN CUALQUIER TIEMPO ESTUVO LA MADRE CASADA CON ESTE PADRE SIN CUSTODIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			FECHA DEL MATRIMONIO: - -		FECHA DEL DIVORCIO: - -		
¿LA MADRE FUE CASADA CON ALGUIEN MAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿HAY OTROS HOMBRES QUE PODRIAN SER EL PADRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿EXISTE UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIUDAD Y ESTADO							
INFORMACION SOBRE LOS NIÑOS DE ESTE PADRE O MADRE AUSENTE:							
Numero 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/A A)	¿Durante 30 dias antes o despues que ocurrio este embarazo, la madre tuvo relaciones sexual con cualquier otro hombre?		Mes de custodia
/ /				/ /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
/ /				/ /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
/ /				/ /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<p>Todos los casos de ayuda temporánea para familias con necesidad (TANF) y los casos de programas médicos en cuales los adultos y los niños reciben Medicaid tienen que ser referidos a la unidad de Esforzar Manutención. Yo entiendo que si ninguno de los adultos en mi familia reciben ayuda medica y quiero recibir servicios para Esforzar Manutención por Niños, tengo que entregar una solicitud a la agencia apropiada del estado o del condado que esta a cargo de esforzar manutención en mi localidad.</p> <p>Esta información esta correcta a mi mejor conocer. Yo he leído la sección titulada "Información Importante acerca de Esforzar Manutención por Niños" que se encuentra en la solicitud de elegibilidad. Yo entiendo que si oculto información intencionalmente o doy información falsa puedo ser descalificado de recibir asistencia pública.</p> <p>Yo afirmo bajo castigo de perjurio que la información que yo he proporcionado en este documento es verdadero a mi mejor conocimiento y creencia y que las declaraciones aquí dentro, son para los prepositos declarados, incluyendo per no limitado a, obtener ayuda en establecer parentela y/o una orden de manutención junto con la colección de manutención.</p>							
Su firma:				Fecha firmada:			