FOR OFFICE USE ONLY

IV-D Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Requested \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Provided \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Returned \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **Marque aquí si usted es el padre con custodia. Padre con custodia**

**incluye custodia física.**

( ) **Marque aquí si usted es el padre putativo (presunto) o padre sin**

**custodia.**

Se le proporcionarán todos los servicios de manutención infantil a menos que marque uno de los dos espacios que se muestran a continuación:

( ) Deseo recibir solo servicios de localización. Caso de localización solamente - Sección estatal de localizador de padres (SPLS)

( ) Deseo recibir solo servicios de localización. Caso de secuestro por parte de un padre - SPLS

El personal de manutención infantil no proporcionará ningún otro servicio cuando solicite solo servicios de localización.

**I. INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA (NCP)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (nombre de pila, segundo nombre, apellidos, sufijo) Número de Seguro Social:  Nombre de soltera de la madre sin custodia, si es pertinente (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alias (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | Apodo(s) (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección donde vive actualmente  Número y nombre de la calle  Número de Apto./Suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | | | | | Dirección anterior  Número y nombre de la calle  Número de Apto./Suite  Ciudad Estado  País Código postal  Última fecha en esta dirección: | | | | | | | | |
| Dirección postal actual (ingrese si el padre sin custodia tiene una dirección postal diferente)  Número y nombre de la calle  Número de Apto./Suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono del hogar  ( ) - | | | | | Número de teléfono del trabajo  ( ) - | | | | | | | | | | | Número de teléfono móvil  ( ) - | | | |
| Sexo: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento | | | | País de nacimiento | | | | | Estado de nacimiento | | | | | Condado de nacimiento | | Ciudad de nacimiento | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Desconocida | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Color del pelo | Color de los ojos | | | Peso | | | | Estatura | | | | Otra característica identificadora | | | | | | | |
| ¿Cuál es el estatus legal de la relación del padre sin custodia con el(los) niño(s)? (por ejemplo, madre legal, padre legal, presunto padre putativo, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es la situación laboral del padre sin custodia? ( ) Tiempo completo ( ) Tiempo parcial ( ) Desempleado ( ) Desconocido ( ) De temporada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del empleador actual  Dirección  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal  Fecha de inicio  Salario Por | | | | | | | | | | | | | | Nombre del empleador anterior  Dirección  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal  Fecha de inicio Fecha de culminación  Pago final Por | | | | | |
| ¿Con qué frecuencia se le paga al padre sin custodia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del sindicato  Número de sindicato  Dirección, si se conoce  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | | | | | | | | Rama militar:  Fecha:  (Desde) (Hasta) | | | | | |
| Registro de arresto/prisión  ¿En qué estado ocurrió esto?  ¿En qué condado ocurrió esto?  ¿Qué instalación? | | | | | | | | | | | | | | Fecha de encarcelamiento  Fecha de liberación | | | | | |
| ¿Cuál es el estado civil actual del padre sin custodia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Divorciado(a) | | | ( ) Casado(a) | | | | | | ( ) Nunca Casado(a) | | | | | | ( ) Separado(a) | | ( )Viudo(a) | | |
| Nombre del cónyuge actual del padre sin custodia: (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El padre sin custodia está recibiendo beneficios actualmente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba en qué estado cuando corresponda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | | | | | | ( ) RSDI/SSD | | | | | | | | | ( ) SSI | | | |
| ( ) Cupones para alimentos (SNAP) Estado: | | | | | | | ( ) Pulmón negro | | | | | | | | | ( ) Ayuda para veteranos | | | |
| ( ) TANF (KTAP) Estado: | | | | | | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Ayuda con cuidado infantil Estado: | | | | | | | ( ) Ninguno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Si el padre sin custodia no está recibiendo beneficios actualmente, ¿los ha recibido en el pasado? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | | | | | | ( ) RSDI/SSD | | | | | | | | | ( ) SSI | | | |
| ( ) (SNAP) Estado: | | | | | | | ( ) Pulmón negro | | | | | | | | | ( ) Ayuda para veteranos | | | |
| ( ) TANF (KTAP) Estado: | | | | | | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Ayuda con cuidado infantil Estado: | | | | | | | ( ) Ninguno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| ¿El padre sin custodia tiene auto? ( ) Sí ( ) No | | | | | | | | | | Marca | | | | | | Modelo | | | Año |
| Nombre del padre del padre sin custodia (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | | | Nombre de la madre del padre sin custodia (nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)  Apellido de soltera de la madre del padre sin custodia | | | | | | |
| ¿Vive el padre del padre sin custodia? ( ) Sí ( ) No ( ) Se desconoce | | | | | | | | | | | | | ¿Vive la madre del padre sin custodia? ( ) Sí ( ) No ( ) Se desconoce | | | | | | |
| ¿Dirección del padre (si se conoce)?  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | | | | | | | ¿Dirección de la madre (si se conoce)?  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | |
| Número de teléfono de la casa: ( ) - | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono de la casa: ( ) - | | | | | | |

**II. INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA (CP)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (nombre de pila, segundo nombre, apellidos, sufijo) Número de Seguro Social:  Nombre de soltera de la madre con custodia, si es pertinente (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alias (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | Apodo(s) (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección donde vive actualmente  Número y nombre de la calle  Número de Apto./Suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | | Dirección postal actual (ingrese si el padre con custodia tiene una dirección postal diferente)  Número y nombre de la calle  Número de Apto./Suite  Ciudad  Estado  País  Código postal | | | | | | | |
| Número de teléfono del hogar  ( ) - | | | | | | | Número de teléfono del trabajo  ( ) - | | | | | | | Número de teléfono móvil  ( ) - | |
| Sexo: M\_\_\_\_F\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento | | | | País de nacimiento | | | Estado de nacimiento | | | | | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Se desconoce | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Color del pelo | Color de los ojos | | | Peso | | Estatura | | | | | | | Otra característica identificadora | | |
| ¿Cuál es el estatus legal de la relación del padre con custodia con el(los) niño(s)? (por ejemplo, madre, padre, abuela, abuelo, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es la situación laboral del padre con custodia? ( ) Tiempo completo ( ) Tiempo parcial ( ) Desempleado ( ) Desconocido ( ) De temporada | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del empleador actual  Dirección  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal  Fecha de inicio  Salario Por | | | | | | | | | | | Nombre del empleador anterior  Dirección  Número y nombre de la calle  Número de apartamento/suite  Ciudad  Estado  País  Código postal  Fecha de inicio Fecha de culminación  Pago final Por | | | | |
| ¿Con qué frecuencia se le paga al padre con custodia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del sindicato  Número de sindicato  Dirección, si se conoce  Número de apartamento/suite  Ciudad Estado  País Código postal | | | | | | | | | | | | Rama militar:  Fecha:  (Desde) (Hasta) | | | |
| ¿Cuál es el estado civil actual del padre con custodia? | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Divorciado(a) | | | ( ) Casado(a) | | ( ) Nunca Casado(a) | | | | | ( ) Separado(a) | | | | ( ) Viudo(a) | |
| Nombre del cónyuge actual del padre con custodia: (nombre, segundo nombre, apellidos) | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿El padre con custodia está recibiendo beneficios actualmente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba en qué estado cuando corresponda | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | ( ) RSDI/SSD | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos (SNAP) Estado: | ( ) Pulmón negro | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) TANF (KTAP) Estado: | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ( ) Ayuda con cuidado infantil Estado: | ( ) Ninguno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Si el padre con custodia no está recibiendo beneficios actualmente, ¿los ha recibido en el pasado? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | ( ) RSDI/SSD | | ( ) SSI |
| ( ) Cupones para alimentos (SNAP) Estado: | ( ) Pulmón negro | | ( ) Ayuda para veteranos |
| ( ) TANF (KTAP) Estado: | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ( ) Ayuda con cuidado infantil Estado: | ( ) Ninguno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

## III. INFORMACIÓN DEL NIÑO(S)

Ingrese la información sobre el niño(s) para quien(es) se solicitan los servicios. (Niño – 1)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellidos, sufijo) | | | Número de Seguro Social: | | |
| Fecha de nacimiento | | | Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Se desconoce | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | |
| Estado en el que se concibió al niño | | | Lugar de nacimiento | | |
| País de nacimiento | Estado de nacimiento | | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | |
| ¿Estaba casada la madre cuando este niño fue concebido? ( Sí/No ) | | | | | |
| ¿Cómo se llama la persona con quien se casó la madre? | | | | | |
| ¿El niño está emancipado o casado? (Sí/No) | | | | | |
| ¿Este niño recibe actualmente beneficios? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Ha recibido este niño algún beneficio anteriormente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Ingrese la información sobre el niño(s) para quien(es) se solicitan los servicios. (Niño – 2)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellidos, sufijo) | | | Número de Seguro Social: | | |
| Fecha de nacimiento | | | Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Se desconoce | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | |
| Estado en el que se concibió al niño | | | Lugar de nacimiento | | |
| País de nacimiento | Estado de nacimiento | | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | |
| ¿Estaba casada la madre cuando este niño fue concebido? ( Sí/No ) | | | | | |
| ¿Cómo se llama la persona con quien se casó la madre? | | | | | |
| ¿El niño está emancipado o casado? (Sí/No) | | | | | |
| ¿Este niño recibe actualmente beneficios? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Ha recibido este niño algún beneficio anteriormente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Ingrese la información sobre el niño(s) para quien(es) se solicitan los servicios. (Niño – 3)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellidos, sufijo) | | | Número de Seguro Social: | | |
| Fecha de nacimiento | | | Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Se desconoce | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | |
| Estado en el que se concibió al niño | | | Lugar de nacimiento | | |
| País de nacimiento | Estado de nacimiento | | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | |
| ¿Estaba casada la madre cuando este niño fue concebido? ( Sí/No ) | | | | | |
| ¿Cómo se llama la persona con quien se casó la madre? | | | | | |
| ¿El niño está emancipado o casado? (Sí/No) | | | | | |
| ¿Este niño recibe actualmente beneficios? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Ha recibido este niño algún beneficio anteriormente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Ingrese la información sobre el niño(s) para quien(es) se solicitan los servicios. (Niño – 4)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellidos, sufijo) | | | Número de Seguro Social: | | |
| Fecha de nacimiento | | | Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Raza: | ( ) Nativo Americano o de Alaska  ( ) Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | ( ) Asiática  ( ) Blanca | ( ) Negra o afroamericana  ( ) Se desconoce | ( ) Hispana  ( ) Otra | | | | | | |
| Estado en el que se concibió al niño | | | Lugar de nacimiento | | |
| País de nacimiento | Estado de nacimiento | | Condado de nacimiento | Ciudad de nacimiento | |
| ¿Estaba casada la madre cuando este niño fue concebido? ( Sí/No ) | | | | | |
| ¿Cómo se llama la persona con quien se casó la madre? | | | | | |
| ¿El niño está emancipado o casado? (Sí/No) | | | | | |
| ¿Este niño recibe actualmente beneficios? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otra :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| ¿Ha recibido este niño algún beneficio anteriormente? Si es así, seleccione todo lo que corresponda y escriba el estado cuando corresponda. | | | | |
| ( ) Medicaid Estado: | | ( ) RSDI/SSD | | |
| ( ) TANF Estado: | | ( ) SSI | | |
| ( ) Cupones para alimentos Estado: | | ( ) Ayuda para veteranos | | |
| ( ) Ayuda de cuidado infantil Estado: | | ( ) Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**\*Añadir páginas para niños adicionales.**

**IV. INFORMACIÓN DEL HISTORIAL FAMILIAR**

Responda si usted es el padre putativo, el padre sin custodia o el padre con custodia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Por qué está ausente el padre sin custodia? ( ) Deserción ( ) Divorcio ( ) Separación ( ) Padres no casados | | | | | | | |
| Si los padres de los niños estaban casados, ¿en qué fecha se casaron? | | | | | | Fecha: | |
| ¿Cuándo estuvieron juntos los padres de los niños por última vez? | | | | | | Fecha: | |
| Si los padres de los niños están divorciados, ¿cuándo y dónde se divorciaron? | | | | | | | |
| Fecha | | País | Estado | | Condado | | Ciudad |
| Si los padres no estaban casados, ¿se ha establecido la paternidad? ( ) Sí ( ) No  En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? | | | | | | | |
| Fecha | País | | Estado | Condado | | | Ciudad |
| ¿Ha solicitado o recibido servicios de manutención infantil con anterioridad para este(s) niño(s)? ( ) Sí ( ) No | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? | | | | | | | |
| Fecha | País | | Estado | Condado | | | Ciudad |
| ¿Ha pagado el padre sin custodia algún gasto médico por el niño(s)? ( ) Sí ( ) No ( ) Se desconoce | | | | | | | |
| ¿El padre sin custodia ha participado en la manutención de los niños? ( ) Sí ( ) No ( ) Se desconoce | | | | | | | |

### V. INFORMACIÓN DE ORDEN JUDICIAL (Adjunte una copia de todas y cada una de las órdenes y/o declaración jurada de paternidad)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Hay actualmente una orden de manutención infantil o médica para el niño(s)? ( ) Sí ( ) No | | | | | |
| En caso afirmativo, ingrese la información de la orden más reciente. | | | | | |
| Fecha de la orden | País | Estado | | Condado | Ciudad |
| Monto de la orden de manutención infantil $ | | | por | | |
| ¿Se ordenó manutención? ( ) Sí ( ) No | | | | | |
| ¿Existen órdenes anteriores de manutención infantil? ( ) Sí ( ) No | | | | | |

**VI. INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Está(n) el niño(s) cubierto(s) por un seguro médico? ( ) Sí ( ) No | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿quién proporciona la cobertura? | | | | | | | | | |
| ( ) Padre con custodia | | | | ( ) Padre sin custodia | | | | ( ) Estado de Kentucky | |
| ( ) Otro/ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Si no, ¿hay seguro médico disponible? ( ) Sí ( ) No | | | | | | | | | |
| Nombre de la compañía: | | | | | | | | | |
| Dirección  Número de apartamento/suite,  Ciudad  Estado  Código postal | | | | | | | | | |
| Número de póliza: | | | | | | | | | |
| Fecha de vigencia de la póliza: | | | | | | | | | |
| Tipo de cobertura | | | | | | | | | |
| ( )  Hospitalaria | ( )  Médica | ( )  Dental | ( )  Visón | | ( )  Farmacia | ( )  Sólo cáncer | ( )  Beneficios de salud del VA | | ( ) Otro  (Accidente/muerte) |
| Adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico (ambos lados) | | | | | | | | | |

**Envíe el formulario a:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de la oficina

**Certifico bajo pena de ley que la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender y que los servicios que he solicitado tienen como único propósito establecer la paternidad, si es necesario; obtener y hacer cumplir una obligación de manutención; o la solicitud de una revisión de modificación de acuerdo con las pautas de manutención infantil de Kentucky. Entiendo que los servicios de manutención infantil se proporcionarán teniendo en cuenta lo que es mejor para los niños enumerados en esta solicitud. Acepto informar a la oficina de manutención infantil de cualquier cambio en la información presentada en esta solicitud. Entiendo según lo que se me explicó en la Autorización y Reconocimiento de No Representación Legal (Formulario CS-11), los Oficiales Contratantes IV-D empleados por el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia representan al estado y no a mí, y que no existe una relación abogado-cliente entre ninguno de los Oficiales Contratantes IV-D y yo. Además, entiendo que el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia impondrá una tarifa anual no reembolsable de $35.00 por servicios de manutención infantil cuando se hayan pagado $550.00 durante el año fiscal federal.**

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Llene todo el formulario con cuidado y precisión. Si hay información incorrecta se retrasará el procesamiento de su solicitud.**