

SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE ASISTENCIA NO PÚBLICA

IMPORTANTE: si es beneficiario de ADC o Medicaid, no llene esta solicitud, ya que desde el momento que firmó la solicitud de ADC o Medicaid, usted cumple con los requisitos para recibir los servicios de manutención infantil.

Yo, _____, solicito los servicios de manutención infantil de la CSEA de _____ (Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil). Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- A. Soy residente del condado en el que se solicitan los servicios, y ningún otro condado de Ohio tiene jurisdicción con respecto a esta asistencia. O, estoy solicitando servicios del condado de jurisdicción de Ohio.
- B. La única tarifa que se puede cobrar por los servicios es una cuota de solicitud de un dólar. Algunos condados pagan esta tarifa por los solicitantes.
- C. Los beneficiarios de los servicios de manutención infantil deberán cooperar al máximo con la CSEA. (Ver la información adjunta sobre derechos y responsabilidades).
- D. Mediante la prestación de servicios de IV-D, la CSEA y cualquiera de sus representantes contratados (por ejemplo, fiscales, abogados, oficiales de audiencias, etc.), actúan en beneficio de los niños del estado de Ohio y no representan a ningún solicitante del IV-D ni los intereses personales del solicitante del IV-D.

La Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil puede ayudarlo con los siguientes servicios:

- 1. Ubicación de los padres ausentes.**
La agencia puede ayudar a encontrar en qué ciudad, pueblo o estado vive un padre ausente. El solicitante puede pedir los "Servicios exclusivos de localización", si solo se necesita ubicar el paradero de uno de los padres ausentes.
- 2. Establecimiento o ajuste de manutención infantil y asistencia médica.**
La CSEA puede ayudar a obtener una orden de manutención si está separada, ha sido abandonada o necesita establecer la paternidad. La CSEA también puede ayudar a cambiar la cantidad de órdenes de manutención (ajustes) y a establecer una orden de asistencia médica.
- 3. Ejecución de órdenes existentes.**
El CSEA puede ayudar a cobrar tanto la manutención infantil actual como las impagas.
- 4. Pagos de compensación sobre el reembolso de los impuestos federales y estatales para el cobro de la manutención infantil impaga.**
En determinados casos, la agencia puede cobrar la manutención infantil impaga (atrasos), interceptando los reembolsos de impuestos federales y estatales del pagador.
- 5. Retención de salario e ingresos no derivados del trabajo para el pago de manutención establecido por el tribunal.**
La agencia puede ayudar a obtener deducciones de nómina para la manutención infantil actual e impaga, y puede interceptar la indemnización por desempleo a fin de cobrar la manutención infantil.
- 6. Establecimiento de la paternidad.**
La agencia puede obtener una orden para el establecimiento de la paternidad, si no estuvo casada con el padre del niño. Un padre ausente puede solicitar los servicios de paternidad.
- 7. Cobro y desembolso de pagos.**
La CSEA puede cobrar la manutención infantil y enviarle un cheque por el monto de los pagos recibidos. Recibirá el pago respectivo por el cobro de la manutención impaga hasta que se haya completado el monto adeudado.
- 8. Cobro interestatal de manutención infantil.**
La agencia puede ayudar a cobrar la manutención infantil si el pagador reside en otro estado o en ciertos países extranjeros.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Dirección de residencia:	_____ _____ _____	Dirección postal:	_____ _____ _____
N.º de teléfono de la casa:	_____		
N.º de Seguro Social:	_____	Sexo:	_____
Raza:	_____	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a
Relación con Niños:	_____	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a
Servicio militar (Rama, fechas):	_____ _____ _____	¿Alguna vez recibió asistencia pública?	_____
		(Cuándo y dónde)	_____ _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:	_____	N.º de teléfono del empleador:	_____
Empleador	_____	¿Hay seguro médico disponible?	_____
Dirección:	_____ _____ _____		_____

	MENOR 1	MENOR 2	MENOR 3
Nombre:	_____	_____	_____
Sexo:	_____	_____	_____
Raza:	_____	_____	_____
N.º de Seguro Social:	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento:	_____	_____	_____

Dirección de residencia:			
Lugar de nacimiento: (País, estado, ciudad)			
¿Se ha establecido la paternidad?			
Nombre de madre o padre ausente:			
¿Hay una orden de manutención?			
¿Cuenta el menor con cobertura médica?			

INFORMACIÓN DE LA MADRE O PADRE AUSENTE

	MADRE/PADRE 1	MADRE/PADRE 2	MADRE/PADRE 3
Nombre (y seudónimo):			
Dirección de residencia:			
Dirección postal:			
N.º de Seguro Social:			
Fecha de nacimiento:			
Lugar de nacimiento (País, estado, ciudad)			
Raza:			
Sexo:			
Estatura/peso:			
Color de cabello/ojos:			
Marcas identificativas (Tatuajes, cicatrices, etc.):			
Nombre de los niños:			

Nombre y dirección del empleador:			

N.º de teléfono del empleador:			
--------------------------------	--	--	--

¿Brinda seguro médico?			
------------------------	--	--	--

N.º de Orden de manutención infantil:			
---------------------------------------	--	--	--

Fecha de la Orden de manutención infantil:			
--	--	--	--

Monto de manutención infantil:	\$	\$	\$
--------------------------------	----	----	----

Frecuencia de la Orden:	Por:	Por:	Por:
-------------------------	------	------	------

Lugar donde se emitió la Orden:			
---------------------------------	--	--	--

Servicio militar (Rama, fechas):			
----------------------------------	--	--	--

¿Ha estado alguna vez en prisión? (Ubicación, fechas):			
--	--	--	--

Registro de arrestos (Ubicación, fechas):			
---	--	--	--

Nombre, dirección Cónyuge actual:			

Nombre del padre:			
-------------------	--	--	--

Nombre de la madre (Apellido de soltera):			
---	--	--	--

¿Alguna vez recibió asistencia pública? (Ubicación, fechas)			
---	--	--	--

Tipo(s) de servicio(s) solicitado(s):

- Todos los servicios listados
- Ubicación solo de la madre/padre ausente
- Otro (explique)

Entiendo que la Agencia de Manutención Infantil se pondrá en contacto conmigo mediante una notificación por escrito dentro de los 20 días posteriores a la recepción de esta solicitud, a fin de informarme si mi caso ha sido aceptado para recibir los servicios de manutención infantil (Servicios IV-D).

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____