

**SOLICITUD DE SERVICIOS SUSTENTO DE MENORES**  
(APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES)

Yo, \_\_\_\_\_, (SSN) \_\_\_\_\_, por la presente contrato con la Agencia para el Sustento de Menores (*Child Support Enforcement Agency*) para la prestación de sus correspondientes servicios. Esta solicitud constituye el contrato y sus términos. Yo entiendo que la Agencia para el Sustento de Menores determinará cuales servicios serán necesarios para mí. Estos servicios no comenzarán hasta tanto yo pague el cargo por servicios, cobrable solo una vez y no reembolsable.

**Derechos y Responsabilidades del Solicitante**

**Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

\_\_\_ Será mi responsabilidad devolver cualquier dinero enviado a mí por error.

\_\_\_ La Agencia recobrará cualquier dinero enviado a mí por error. La Agencia podrá recobrar a razón del **10%** de la cantidad corriente de mi pensión alimentaria y de **todo** dinero que se reciba para pagar atrasos hasta que se haya recobrado la cantidad enviada a mí por error.

\_\_\_ La Agencia podrá usar un abogado para establecer y hacer regir la orden del Tribunal. **El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre él y yo.** El abogado no podrá manejar otra materia legal, como custodia y visitas.

\_\_\_ Tengo el derecho de solicitar que la orden de pensión alimenticia sea revisada para posibles ajustes cada **tres** años o antes si hay cambios significativos en mis circunstancias.

**Intercepción del Reintegro de Contribuciones al Gobierno (Tax Refund).**

Ley Federal requiere que la Agencia para el Sustento de Menores intercepte el reintegro de las contribuciones pagadas al Gobierno, para pagar atrasos en las pensiones alimenticias.

**Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

\_\_\_ Si el padre ausente tiene atrasos en la pensión alimenticia, y reúne los requisitos para interceptarle el reintegro de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Rentas de Carolina del Norte (DOR), para descontar la deuda de pensión alimenticia de su reintegro de contribuciones.

\_\_\_ Con el dinero de las contribuciones se pagará primero la deuda por sustento recibido del Estado, luego podré recibir el pago por los atrasos de mi pensión alimenticia

\_\_\_ Podrá haber un cargo por el procesamiento del reintegro de contribuciones. Este cargo será descontado de dicho reintegro.

\_\_\_ Si el padre ausente rindió planillas de contribución conjunto con su esposa, la Agencia tendrá que determinar si puedo recibir algún pago del dinero de contribuciones. Este proceso puede tomar hasta seis meses.

\_\_\_ El Servicio de Rentas Internas Federal (IRS) puede hacer ajustes de los reintegros de contribuciones hasta por seis años. Esto puede resultar en que tenga que devolver parte de los fondos de reintegro federal previamente recibidos.

**Uso del número del Seguro Social:**

Leyes federales [42 USC 666 (a)(13)] requiere la divulgación del número de Seguro Social. Este número solo será usado para propósitos de establecimiento de paternidad y para establecer y hacer regir la obligación de sustento de menores.

**He recibido información del Programa que describen los servicios, los cargos, derechos y responsabilidades, políticas de cobros y procedimiento de distribución de dinero. Estoy enviando con esta solicitud todas las hojas de información suplementaria debidamente completadas.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLICITUD PARA SUSTENTO DE MENORES**  
**PROGRAMA SUSTENTO DE MENORES**  
**PARTE UNO: INFORMACION DEL SOLICITANTE**

Por favor complete la siguiente información acerca de usted, de cada padre ausente y del niño para quien usted desea recibir nuestros servicios. Mientras más información usted nos dé, mejor podremos servirle. Si necesita asistencia para completar esta información, llame o visite su oficina local de Sustento de Menores. **Por favor, notifique inmediatamente cualquier cambio en dirección. Podemos enviarle la pensión alimentaria siempre y cuando tengamos su dirección postal correcta.**

**INFORMACION DEL SOLICITANTE**

**Su Nombre**  
 Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre de soltera (Si es diferente al de arriba) \_\_\_\_\_ Otros nombres que usted haya usado \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Raza** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Num. de Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:**  
 Número y Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal (Zip Code) \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial (Si es diferente a la postal):**  
 Número y Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

**Teléfono del Hogar** \_\_\_\_\_ **Tel del Trabajo** \_\_\_\_\_ **Podemos llamarle a su trabajo?**  Sí  No  
**Teléfono celular** \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE INGRESOS DEL SOLICITANTE**

<p><b>Nombre y Dirección del Patrono:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Teléfono del Empleador:</b> _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ingresos</b></p> <p style="text-align: center;">Anote los ingresos en cantidad bruta mensual.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 60%;">Cantidad</th> <th style="text-align: left; width: 40%;">Fuente del Ingreso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td style="text-align: right;"><b>Total</b></td> </tr> </tbody> </table>	Cantidad	Fuente del Ingreso	\$ _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	<b>Total</b>
Cantidad	Fuente del Ingreso												
\$ _____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
\$ _____	<b>Total</b>												

<p><b>Beneficios Federales:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí, cuales:  <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Retiro Ferroviario <input type="checkbox"/> Servicio Civil  <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p><b>Beneficios por Desempleo:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Otros Ingresos:</b> Indique cantidad y origen:</p>
---	--

**ESCRIBA EL NOMBRE DEL O LOS PADRES AUSENTES DE QUIEN USTED NECESITA PENSIÓN ALIMENTARIA**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Certifico que toda la información ofrecida es cierta y correcta a mi mejor entender.

**SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES**  
**PARTE DOS: INFORMACION DEL NIÑO**

Complete la siguiente información para cada uno de los niños

**INFORMACION SOBRE EL NIÑO**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre Ausente** \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
**Relación con Usted:**  **Hijo**  **Otra** (especifique) \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ País o Estado \_\_\_\_\_

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad \_\_\_\_\_ País o Estado \_\_\_\_\_ Niño nacido fuera del matrimonio  Sí  No.

**Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento:** Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico?  Sí  No

¿Está la paternidad legalmente establecida?  Sí  No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una)  Por matrimonio.  Por Corte  Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño?  Sí  No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad?  Sí  No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente?  Sí  No ¿A quien se lo ha dicho? \_\_\_\_\_

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)?  Sí  No.

**INFORMACION SOBRE EL NIÑO**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre Ausente** \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
**Relación con Usted:**  **Hijo**  **Otra** (especifique) \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ País o Estado \_\_\_\_\_

¿Dónde fue concebido el niño? Ciudad \_\_\_\_\_ País o Estado \_\_\_\_\_ Niño nacido fuera del matrimonio  Sí  No.

**Nombre del padre en el Certificado de Nacimiento:** Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

¿Es el padre mencionado en el certificado de nacimiento el padre biológico?  Sí  No

¿Está la paternidad legalmente establecida?  Sí  No. Si lo está, diga cuando, dónde y cómo fue establecida:  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
¿Cómo fue establecida la paternidad? (marque una)  Por matrimonio.  Por Corte  Por Reconocimiento Voluntario.

¿Firmó el padre Afirmación de Paternidad al nacer el niño?  Sí  No. ¿Se ha realizado prueba genética de paternidad?  Sí  No

¿Ha reconocido el padre la paternidad verbalmente?  Sí  No ¿A quien se lo ha dicho? \_\_\_\_\_

¿Recibe este niño dinero del SSI (Seguro Social Suplementario) o del SSA (Seguro Social)?  Sí  No.

**SOLICITUD DE SUSTENTO PARA MENORES**  
**PARTE TRES: INFORMACION SOBRE EL PADRE AUSENTE**

**INFORMACION DEL PADRE AUSENTE**

**Nombre del padre ausente**

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre de soltera (si aplica) \_\_\_\_\_ Alias \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 (o edad si no sabe la fecha)

Relación con usted:  Espos(a)  Ex-espos(a)  Ninguna  Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Fecha de Casamiento: \_\_\_\_\_ Fecha Separación o Divorcio \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:**  Dirección actual  Última dirección conocida **Teléfono del hogar** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_

Número y Calle \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial (si es diferente de la postal):**  Dirección actual  Última dirección conocida (Marque una)

Número y calle \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:** Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado o País \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Color del pelo \_\_\_\_\_ Color de los ojos \_\_\_\_\_ Otras marcas \_\_\_\_\_

**Num. Licencia de Conducir** \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Marca y modelo del vehículo** \_\_\_\_\_ **Número de placa y estado** \_\_\_\_\_

**Ocupación usual** \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Nombre de la esposa más reciente** (excluida usted): \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Fecha de Separación o Divorcio: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE EL INGRESOS DEL PADRE AUSENTE**

**Nombre y dirección del patrono:**  Actual  Última conocida

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono del patrono:** \_\_\_\_\_

**Ingresos**

Anote cantidad y fuente del ingreso

**Cantidad**

**Fuente**

\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ Total

¿Trabaja el padre ausente por cuenta propia?  Sí  No

¿Ha trabajado el padre ausente alguna vez con el Gobierno Federal?  Sí  No ¿Qué agencia? \_\_\_\_\_

¿Beneficios Federales?  Sí  No Si recibe, marque los que aplican:

Seguro Social,  Retiro Servicio Postal,  VA,  RR Retiro,  Servicio Civil,  Militar,  Retiro,  Otro: \_\_\_\_\_

¿Recibe Compensación por Desempleo?  Sí  No. Otro ingreso (cantidad y origen) \_\_\_\_\_

## PARTE IV: INFORMACION DEL PADRE AUSENTE

### SERVICIO MILITAR E HISTORIAL DE ARRESTOS

¿Servicio Militar?  Sí  No Si contesta Sí, indique rama del ejército \_\_\_\_\_ Rango \_\_\_\_\_

Servicio Activo  Reserva  Retirado  Separado del Servicio  Desertor  Se desconoce

Ultima estación de servicio: \_\_\_\_\_ Fecha comenzó servicio \_\_\_\_\_ Fecha terminó servicio \_\_\_\_\_

¿Está encarcelado en la actualidad?  Sí  No Nombre de la prisión \_\_\_\_\_

¿Ha sido arrestado antes?  Sí  No Si contesta sí, dónde y cuando? \_\_\_\_\_

Delito u ofensa \_\_\_\_\_ Tipo de convicción:  Delito grave  Menos grave Fecha \_\_\_\_\_

¿Está el padre ausente libre bajo palabra o en probatoria?  Sí  No ¿Donde? \_\_\_\_\_

Nombre del Oficial de Probatoria \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE LA ORDEN DE PENSION ALIMENTARIA

¿Recibe usted pensión alimentaria?  Sí  No Si recibe, diga si por:  Orden de Corte  Acuerdo Escrito (marque uno)

**Por favor incluya copia de la orden de la Corte o acuerdo escrito sobre pensión alimentaria.**

Tipo de pago:  Pensión Alimentaria  Servicios Médicos  Pensión para ex-esposa (Marque todas las que apliquen)

¿Cómo le pagan la pensión?  En la Secretaría de la Corte  Directamente a usted  A través de otra persona o entidad.

Número del caso en Corte \_\_\_\_\_, Fecha efectividad de la orden \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_

Cantidad ordenada \$ \_\_\_\_\_, frecuencia \_\_\_\_\_, cantidad en atraso \$ \_\_\_\_\_.

Niños incluidos en la orden: \_\_\_\_\_

**USE ESTE ESPACIO PARA INCLUIR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED CREA NOS PUEDA AYUDAR A CONSEGUIR LA PENSION ALIMENTARIA QUE USTED SOLICITA**

**SOLICITUD DE SERVICIOS PARA EL SUSTENTO DE MENORES**  
(Application for IV-D Services and Supplemental Information Sheets)

\_\_\_\_\_, Num. Seguro Social \_\_\_\_\_ por este medio convengo con el Programa de Sustento de Menores del condado de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ County Child Support Enforcement Agency) en que me provean los correspondientes servicios de sustento de menores. Esta solicitud constituye un contrato y sus términos. Yo entiendo que el Programa de Sustento de Menores determinará cuales servicios son necesarios para mí. De requerirse algún pago por servicios, dichos servicios no comenzarán hasta que dicho pago sea realizado.

**Derechos y Responsabilidades del o la Solicitante**

**Yo entiendo y convengo en que:**

\_\_\_\_ Será mi responsabilidad reparar cualquier dinero que me sea enviado por error.

\_\_\_\_ La Agencia cobrará cualquier dinero enviado a mí por error, a razón del 10% de los pagos de la pensión alimentaria, y todo lo que envíe el padre ausente para cubrir pensiones atrasadas, hasta que mi deuda quede salda.

\_\_\_\_ La Agencia usará los servicios de un abogado para establecer y lograr la orden para la pensión alimentaria.

**El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre el abogado y yo.** El abogado no manejará ningún otro asunto, como custodia y visitación.

\_\_\_\_ Yo tendré el derecho de solicitar la revisión de la pensión alimentaria cada tres años o antes, de haber un cambio significativo en las circunstancias.

**Intercepción del Reintegro de la Contribución**

Ley Federal requiere que la Agencia intercepte la devolución de contribuciones para pagar atrasos en pensiones alimentarias.

**Yo entiendo y convengo en que:**

\_\_\_\_ Si el padre ausente tiene atrasos en la pensión alimentaria y reúne los requisitos para la intercepción de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Hacienda de North Carolina a descontar de las contribuciones hasta la cantidad del total de atrasos en pensión alimentaria.

\_\_\_\_ Pagos de asistencia pública que se le deban al Estado serán pagados antes que los atrasos se me deban a mí.

\_\_\_\_ Un cargo por procesamiento puede ser cobrado. Este cargo es descontado de las contribuciones interceptadas.

\_\_\_\_ En caso de contribuciones rendidas en conjunto con el cónyuge del padre ausente, la Agencia deberá determinar si puedo recibir el pago. Este proceso puede tomar hasta seis meses.

\_\_\_\_ El Servicio de Rentas Internas puede hacer ajustes en las contribuciones por devolver hasta los últimos seis años. Esto puede resultar en que tenga de devolver alguna porción de las contribuciones interceptadas a mi favor.

**Yo he recibido información describiendo los servicios, cargos por servicios, derechos y responsabilidades, las normas para el cobro de la pensión al padre ausente y las formas de distribuir dicha pensión. Estoy incluyendo con esta solicitud las hojas de información suplementaria debidamente completadas.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha