

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND  
Administración del Cumplimiento de Manutención de Menores  
**SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DEL CUMPLIMIENTO  
DE MANUTENCION DE MENORES**

**INSTRUCCIONES**

**Formulario No.:** DHR/CSEA 980/980A

**Nombre del Formulario:** Solicitud para los Servicios del Cumplimiento de Manutención de Menores

**Propósito:** El propósito de éste formulario es recopilar la información de la persona que solicita los servicios del cumplimiento de manutención de menores.

**Instrucciones Detalladas:** Complete las Secciones I, II, III, IV y V. El empleado de Manutención de Menores deberá completar las Secciones VI y VII.

**Sección I: Padre Custodio**

Proporcione toda la información solicitada. Si se selecciona “Violencia Familiar”, provea pruebas corroborantes (por ejemplo, informes de policía) o razones para creer que la divulgación de éstos datos puede resultar en daño físico o emocional a un padre custodio, a un padre sin custodia o a un niño en el caso. **NOTA:** No se requiere prueba corroborante. Indicar que la violencia familiar afectará la calidad del servicio prestado mediante la restricción de la cantidad de información que puede ser compartida con y obtenida del gobierno federal y otros recursos seguros.

**Sección II: Manutención**

Proporcione toda la información solicitada.

**Sección III: Padre sin Custodia**

Proporcione la información más reciente. La FECHA después del ultimo domicilio conocido, se refiere a la última fecha en la que la información fue conocida correctamente. Si se selecciona “Violencia Familiar”, provea evidencia corroborante (por ejemplo reportes de policía) o la razón para creer que la divulgación de éstos datos pueden resultar en daño físico o emocional para un padre custodio, padre sin custodia o un niño en el caso.

**NOTA:** No se requiere evidencia corroborante. Indicar violencia familiar afectará la calidad del servicio prestado mediante la restricción de la cantidad de información que puede ser compartida con y obtenida del gobierno federal y otros recursos seguros.

**Sección IV: Seguro de Salud**

Si los padres tienen una cobertura de seguro de salud individual o cobertura de seguro de salud para el niño(s), márque la casilla correspondiente y escriba la información de la compañía de seguros, si la conoce.

**Sección V: Firma**

Después de completar la información requerida, el formulario debe ser firmado por el solicitante.

**Sección VI: Servicios Requeridos**

El empleado de manutención debe marcar la casilla correspondiente para el tipo de servicio requerido.

**Sección VII: Validación**

El empleado de manutención debe marcar la casilla correspondiente, firmar el formulario, escribir su título y la fecha de validación

**Nota:** Algunos solicitantes completarán más de una solicitud. En esos casos, “se pagará un cheque de \$25.00 por solicitud”, solamente por una solicitud. Márque o escriba “Previamente pagado” en todos los demás formularios.

**Distribución:** La solicitud de Servicios del Cumplimiento de Manutención de Menores debe guardarse y distribuir las copias. Las instrucciones para la retención y distribución de los formularios 980-980A se proveen a continuación.

Original –Folder del Caso 1 copia para el solicitante 1 copia al fiscal, si se acompaña del pago 1 copia al demandante, si es necesario.

(PAGINA SIGUIENTE)

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE MARYLAND  
Administración del Cumplimiento de Manutención de Menores

**SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DEL CUMPLIMIENTO DE MANUTENCION DE MENORES**

Los servicios de manutención incluyen:

- Búsqueda del otro padre
- Establecimiento legal de la paternidad
- Establecimiento de una orden judicial de manutención y cobertura de seguro médico
- Cobro de los pagos de manutención
- Hacer cumplir la orden judicial
- Revisión y modificación de una orden de la corte, periódicamente

Por favor complete éste formulario cuidadosamente y provea la mayor información posible al respecto. Escribir legiblemente las respuestas en éste formulario. Si usted es el padre custodio, complete un formulario por separado por cada padre sin custodia *de quien usted desea apoyo. La exactitud de la información que usted proporcione puede afectar la manera en que se maneja su caso. Si usted no entiende cualquier pregunta de éste formulario, por favor llame al 1-800-332-6347.*

**SECCION I: PADRE CUSTODIO –(PERSONA O FAMILIAR CON QUIEN VIVE EL NIÑO(S))**

Nombre legal completo(Primer, Segundo, Apellido)	Apellido de Soltera	Nombre		
Dirección	Apt #	Sexo	Fecha de nacimiento	Raza
Ciudad	Estado	Código postal	Número de seguro social	
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	Correo Electrónico/dirección de Internet	
Nombre del Empleador	Dirección del empleador			
Nombre del pariente más cercano	Relación	Número de Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	

Violencia Familiar : Yo creo que la divulgación de mi dirección u otra información de identificación puede resultar en daño físico o emocional para mi o mi hijo(s). (Por favor ver las instrucciones en la página 1)

Yo creo que la otra persona (padre/madre) cooperará con ésta oficina para establecer, modificar y hacer cumplir una orden de manutención.

Yo creo que el presunto padre solicitará pruebas genéticas.

**SECCION II: MANUTENCION – NIÑOS:**

	Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad,Estado)	Sexo	Raza	Parentesco con usted	Estado en que ocurrió la concepción
1)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

1. Si usted es la madre del niño(s), se caso con un hombre **que no es el padre sin custodia en el momento que el niño(s) se concibió o nació?**      D Sí      D No
2. Cuál es la relación entre la madre y el padre del niño(s)?  
 Nunca casado     Actualmente casado     Separado Legalmente     Divorciado     Otro \_\_\_\_\_
3. Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Estado donde se casó: \_\_\_\_\_ Fecha/lugar de divorcio/separación: \_\_\_\_\_

(PAGINA SIGUENTE)

4. Si esta separada, ha iniciado el proceso de divorcio por un abogado privado y/o esta pendiente en la corte?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor escriba el nombre, dirección y número de teléfono del abogado, el Condado y

Estado en el que está pendiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está la manutención incluida en esta acción?  Sí  No

5. Si los padres no estaban casados: ¿Ha establecido la paternidad del hijo(s)?  Sí  No

6. ¿Se estableció la paternidad por declaración jurada?  Sí  No En caso afirmativo, cuál es el Estado? \_\_\_\_\_

7. ¿Se estableció la paternidad por Orden judicial?  Sí  No En caso afirmativo, cuál es el Estado? \_\_\_\_\_

8. Si ha contestado SI a la pregunta #6 ó 7, por favor enumere los hijos para los que se ha establecido la paternidad o se ha firmado una Declaración de Paternidad:

\_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted una orden judicial para la manutención de los hijos de este padre sin custodia?  Sí  No

10. Si usted contestó sí a las preguntas #4, 5, 6, 7, 8 ó 9, presente la orden de manutención/paternidad que fue ordenada. Incluya una copia de la orden con su solicitud.

Condado	Estado	Expediente de la Corte #	Fecha de la orden
---------	--------	--------------------------	-------------------

11. ¿Paga el padre sin custodia la manutención?  Sí  No

12. Si es afirmativo o algunas veces, ¿a quién le paga la manutención el padre sin custodia?

A usted  A una agencia de manutención  Otro \_\_\_\_\_

13. Nombre y dirección de la agencia de manutención: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Fecha del último pago \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

15. ¿Es la manutención pagada por una asignación militar?  Sí  No

16. ¿Ha recibido usted Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, anteriormente AFDC o "welfare,"), Asistencia Médica, o ha solicitado previamente la Manutención de Menores?  Sí  No

Si es afirmativo, indique el Condado y Estado: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo cheque TCA si es aplicable: \_\_\_\_\_

17. Fecha de la última vez que el NCP (siglas en Inglés) se comunicó con el solicitante o niño: \_\_\_\_\_

(PAGINA SIGUENTE)

**SECCION III – PADRE SIN CUSTODIA (PERSONA CON LA QUE LOS NIÑOS NO VIVEN)**

Nombre legal completo(Primero, Segundo, Apellido) Apellido de Soltera Alias/Apodo Número de teléfono Teléfono de trabajo

Fecha de nacimiento Raza Sexo Número de Seguro Social Número de celular

Dirección (Ultima dirección conocida) Apt # Ciudad Estado Código postal Fecha

Si usted es el Padre sin Custodia, por favor márque la casilla(s) apropiada[s]:

Violencia Familiar : Yo creo que la divulgación de mi dirección u otra información de identidad puede resultar en daño físico o emocional para mi hijo(s) o para mi. (Por favor ver instrucciones en la página 1)

Yo creo que la otra persona (padre) cooperará con ésta oficina para establecer, modificar y hacer cumplir la orden de manutención.

Me gustaría hacer la prueba genética. (Puede ser que tenga que pagar por las pruebas genéticas)

Correo electrónico/dirección de internet Color de Ojos Color de Pelo Altura Peso

Marcas de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir Número de Placas Modelo/marca de Automóvil Año

1. Fechas de servicio military actual o anterior: A partir de \_\_\_ a \_\_\_ ¿Qué sucursal? \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha estado el padre sin custodia en la cárcel? D Sí D No Fechas: De \_\_\_ a \_\_\_

Nombre de la cárcel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

3. Nombre del papá del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

4. Nombre de la madre del padre sin custodia: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

5. Nombre del familiar más cercano sin custodia: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

6. Lugar de nacimiento del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

7. Actual o último empleador conocido del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Historial de Empleo – Fechas: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(PAGINA SIGUENTE)

8. ¿El padre sin custodia recibe una pensión, beneficios por discapacidad, seguro social, o tiene cualquier otra fuente de ingresos?

Sí  No  Se desconoce

Cantidad de ingresos: \$ \_\_\_\_\_ ¿De qué fuente?: \_\_\_\_\_

9. ¿Es el padre sin custodia un miembro de la Union/Local?  Sí  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

10. ¿El padre sin custodia tiene una licencia, certificado, registro o permiso que se necesita para practicar o trabajar en un negocio particular, ocupación o profesión?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

11. ¿El padre sin custodia tiene otros casos de manutención?  Sí  No  Se desconoce

En caso afirmativo, ¿en qué estado o estados? \_\_\_\_\_

12. ¿Tiene usted una fotografía del padre sin custodia?  Sí  No En caso afirmativo, favor de adjuntarla.

#### SECCION IV – SEGURO DE SALUD

1. ¿Tienen los niños actualmente seguro de salud?  Sí  No  Se desconoce

2. Seguro proveído por:

Padre:

Madre:

Otro (Estado, Padrastro, Abuelo, etc.):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

3. Compañía de seguros:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha que vence póliza: \_\_\_\_\_

4. ¿Se dispone de seguro a través de un empleador por medio de

Padre:  Sí  No

Madre:  Sí  No

5. Nombre y dirección de la empresa proveedora del seguro de salud. \_\_\_\_\_

6. Nombre del niño(s) cubiertos por el seguro de salud. \_\_\_\_\_

7. Tipo de cobertura proporcionada: (Márque una cobertura apropiada)

HMO  PPO/PPN  POS  Farmacia  Dental  Vision  Servicios de Hospital  
 Servicios médicos

(PAGINA SIGUENTE)

**SECCION V: REPRESENTACION LEGAL**

Un abogado que trabaja en el programa del cumplimiento de la manutención representa la Administración del Cumplimiento de la Manutención de Menores del Estado de Maryland. El abogado **no** lo representa a usted o sus intereses personales y no hay ninguna relación de cliente-abogado entre usted y el abogado, entre usted y la oficina de manutención de menores o cualquiera de sus empleados. Cualquier información que usted provea no se puede tratar confidencialmente, excepto lo dispuesto por la ley. Puede ser que a usted se le pida comparecer como testigo ante el tribunal. Su falta de comparecencia al tribunal en virtud de una orden o citación podría resultar en su detención.

**Yo estoy solicitando los servicios de manutención en nombre del hijo(s) enumerado(s) anteriormente. Entiendo que voy a tener que pagar \$25.00 por la solicitud que no será reembolsable, incluso si la agencia no tiene éxito en obtener la manutención del hijo(s).**

**Entiendo que puede ser que me pidan devolver el dinero que me enviaron por error y estoy de acuerdo que lo quiten por incrementos de los pagos futuros. El no estar de acuerdo en que quiten por incrementos de los pagos futuros no afectará mi solicitud de servicios.**

Convenio de recuperación de los pagos futuros.

**Primero los pagos se aplican a la manutención actual, después a los atrasos.**

**Si un deudor tiene más de una obligación, cualquier pago recaudado mediante retención de ingresos será distribuido entre las familias de acuerdo con la ley 45 CFR 303.100(a)(5).**

**Juro y afirmo bajo la pena de perjurio que las declaraciones dadas son verdaderas y correctas.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de Pago:** Los siguientes pagos pueden aplicarse a su caso conforme a lo autorizado por el Código de Regulaciones Federales (CFR, siglas en Inglés) y el establecido por el Código de

- Regulaciones de Maryland (COMAR) 07.07.02.02:
- \$25 Pago por Solicitud- 45 CFR 302.33
- \$25 Impuesto Federal- 45 CFR 303.72
- \$25 Pago Anual- 45 CFR 302.33
- \$10 Intercepción de Impuestos Estatales- 45 CFR 303.102

\_\_\_\_\_  
*NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA*

**SECCION VI: SERVICIOS REQUERIDOS**

- Todos los servicios de establecimiento/ejecución
- Cobro/aplicación de la ley
- Ubicación del otro padre
- Modificación
- Establecimiento de paternidad
- Establecimiento/sólo aplicación de seguro de salud
- Establecimiento de orden judicial

**SECCION VII: VALIDACION**

- \$25 por pago de solicitud
- Cliente de Asistencia Médica. Pago no aplica.
- Pagado previamente
- Solicitante de TCA –pago diferido.
- No se paga. Explicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Validador (Empleado de Manutención de Menores)

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha