

Solicitud del tutor para recibir servicios de manutención de menores GUARDIAN'S APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

Complete toda la información solicitada en las siguientes páginas. La información entregada en este formulario (incluidos los archivos adjuntos) solo se puede compartir con terceros para fines de administración del programa de manutención de menores y otros programas relacionados [[Sección 49.83 de los Estatutos de Wisconsin](#)].

¿Le preocupa su seguridad o la de su familia si completa esta solicitud para recibir servicios de manutención de menores? Sí No Si la respuesta es "No", proceda a la sección Servicios solicitados

Si la respuesta es "Sí", revise la información que se entrega a continuación:

Entendemos que completar una solicitud de servicios de manutención de menores puede ser difícil, especialmente si le preocupa su seguridad. Si desea continuar con la solicitud de servicios de manutención de menores, marque una de las casillas que se encuentran abajo y se le otorgará Protección de privacidad. La Protección de privacidad evita la revelación de su dirección, número de teléfono, empleador u otra información de localización que pudiese ponerle a usted o a sus hijos en riesgo de daño.

- Se ha presentado o ingresado una orden de protección contra _____ en el condado de _____.
- Considero que la revelación de mi información de identificación puede resultar en daño físico o emocional para mi(s) hijo(s) o para mí.
Nombre de la persona contra quien necesito protección _____.
- Estoy participando en el Safe at Home/Address Confidentiality Program (Programa Seguro en Casa/Dirección confidencial) en _____.
(Estado)

Servicios solicitados (**marque una opción**):

Servicios completos

- Servicios de manutención de menores

Marque esta casilla si desea recibir servicios completos de **administración de casos**, lo que incluye localizar a un padre ausente, establecer órdenes judiciales, establecer la paternidad y exigir el cumplimiento de las órdenes de manutención de menores. Para obtener más información, consulte <https://dcf.wisconsin.gov/cs/overview>. Si bien se puede establecer una orden de custodia y colocación como parte de su caso, la child support agency (agencia de manutención de menores) no brinda ese servicio de manera directa. Los servicios de manutención de menores tampoco incluyen acciones para el cumplimiento de las órdenes de pensión alimenticia (para la madre o el padre).

Servicios limitados

- Solo para establecer la paternidad (paternidad legal)

Marque esta casilla si solo desea recibir servicios para localizar a un posible padre (si corresponde), establecer la paternidad y actualizar con el nombre del padre legal el registro de nacimiento de WI del menor. Este tipo de caso se cerrará una vez establecida la paternidad. **Los servicios solo para establecer la paternidad no incluyen la custodia ni la colocación del menor.** Si desea servicios adicionales en una fecha posterior (p. ej., establecer y exigir el cumplimiento de una orden), deberá presentar una nueva solicitud de servicios en ese momento. Si usted o el otro padre reciben asistencia pública, la child support agency (agencia de manutención de menores) (CSA) todavía puede abrir un caso de servicios completos que abarque la custodia, colocación, manutención de menores u otras órdenes, según sea pertinente. Además, si el otro padre solicita servicios completos, el caso recibirá de manera automática servicios completos.

- Solo para localización (de un padre) - Tarifa de \$25

Marque esta casilla si solo desea ayuda para localizar al otro padre y no desea otros servicios de administración de caso. La localización no está garantizada. Para obtener más información, consulte la Solicitud de servicios solo para localizar a un padre en <https://dcf.wisconsin.gov/cs/apply>.

Date Stamp
(for office use only)

Fee Paid \$ _____ Rept. # _____

Tenga en cuenta:

- Si usted es uno de los padres del menor, complete el formulario ***Solicitud de uno de los padres para recibir servicios de manutención de menores.***
- Al completar este formulario:
 - Incluya tanta información como sea posible.
 - Si no sabe o no está seguro de alguna información, puede dejar en blanco esa parte.
 - Mientras más información tenga su trabajador/a sobre su caso, mejor trabajo podrá hacer por usted.
 - Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con su child support agency (agencia de manutención de menores).
 - Si tiene una copia del certificado de nacimiento del menor (o el documento donde se establece la paternidad), una copia de la orden judicial o una copia de la colocación y el calendario de visitas, adjúntelos a esta solicitud.

¿Está solicitando servicios para un menor que está por nacer? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de parto estimada: _____

Aviso de asistencia de idiomas

Tiene derecho a un intérprete sin costo para usted. ¿Necesita un intérprete? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué idioma? _____

SECCIÓN 1 – Información sobre USTED, el tutor que solicita los servicios

Número de Seguro Social/Individual Taxpayer Identification Number (Número de Identificación Personal del Contribuyente) (ITIN): es obligatorio proveer su número de Seguro Social o ITIN de acuerdo con la Sección 466(a)(42U.S.C.666[a]). Su número de Seguro Social/ITIN se utilizará para propósitos de identificación. Si no provee su número de Seguro Social/ITIN, su solicitud será denegada.

1. Nombre del tutor que solicita los servicios (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej., Jr.)

Nombre de soltero/a o seudónimo (si corresponde)	Relación con el (los) menor(es)	
¿Figuran los nombres de ambos padres en el certificado de nacimiento del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social/ITIN	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

2. Lugar de nacimiento

Ciudad	Condado
Estado	País

3. Marque los servicios que está recibiendo o ha recibido en el pasado

Servicios de manutención de menores Sí No Kinship Care (Cuidados por pariente) Sí No
W-2, incluido el cuidado infantil Sí No

Estado(s) que provee(n) estos servicios:

Fechas en las que ha recibido estos servicios:

4. Marque una casilla para indicar su número de contacto de preferencia

Número de teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()	Número de teléfono celular <input type="checkbox"/> ()	Número de teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> ()
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Horario de trabajo

5. Dirección de correo electrónico:

Dirección de correo electrónico secundaria:

Ciudad

6. Dirección postal

Estado/Código postal

7. Dirección residencial (de su casa), si es diferente a la dirección provista arriba

Ciudad

Estado/Código postal

8. Información laboral

Nombre del empleador

Número de teléfono
()

Número de fax
()

Dirección

Ciudad

Estado/Código postal

¿El empleador provee seguro de salud?
 Sí No

¿Los menores tienen cobertura?
 Sí No

Costos de bolsillo por
\$ Semana Mes

¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual		Ingreso bruto por día de pago \$	Cargo
Fecha de inicio	¿Tiene alguna licencia laboral/profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo:
9. Miembro de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama
Desde	Hasta	Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

10. Raza/etnia: esta información es solo para fines federales y su entrega es voluntaria.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásica/Blanca | <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana | <input type="checkbox"/> Asiática |
| <input type="checkbox"/> Otra (indique todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Otra, Isleña del Pacífico |

Etnia

- Hispano/Latino

11. ¿Usted, uno de los padres del menor o el menor son miembros registrados de alguna tribu de Wisconsin? Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tribu?

- Sí No Tribu:

12. ¿Tiene alguna discapacidad?

- Sí No Si la respuesta es "Sí", describa:

IMPORTANTE Si un menor es concebido o nace durante el matrimonio, el **cónyuge es el padre legal de dicho menor**. Si cree que alguien distinto del cónyuge de la madre puede ser el padre biológico, provea la información de esa persona a continuación.

Nombre	Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social/ITIN	Dirección
Ciudad	Estado/Código postal

En las Secciones 2 y 3 debe entregar la información del cónyuge del matrimonio, el padre legal o el posible padre del menor; r debe proveer la información de la persona mencionada en el recuadro anterior.

Sección 2 – Información sobre el Padre 1

13. Nombre del padre (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej. Jr.)

Nombre de soltero/a o seudónimo (si corresponde)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social/ITIN
--	---------------------	------------------------------

Parentesco con el menor:

14. Lugar de nacimiento

Ciudad	Condado		
Estado	País		
15. Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono celular ()	Número de teléfono del trabajo ()	Horario de trabajo

16. Correo electrónico

17. Dirección postal

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

18. Dirección residencial (de casa), si es diferente a la dirección provista arriba

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

19. ¿Este padre alguna vez ha vivido en Wisconsin?

Sí No

20. Información laboral

Nombre del empleador (agregue una nota si este padre está jubilado)

Número de teléfono ()	Número de fax ()
---------------------------	----------------------

Dirección

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

¿El empleador provee seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	¿Los menores tienen cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Costos de bolsillo Por <input type="checkbox"/> Semana \$ <input type="checkbox"/> Mes
--	---	---

¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto por día de pago \$	Cargo
--	-------------------------------------	-------

Fecha de inicio	¿Tiene alguna licencia laboral/profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo
-----------------	--	--

21. Miembro de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama
---	---	------

Desde Hasta	Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe beneficios del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------	--	--

22. Provea la información que se solicita a continuación y cualquier otra información que considere que pueda ayudar a localizar a este padre. Incluya todas las direcciones donde puedan vivir los parientes y el tipo de ingresos y bienes que este padre pueda tener. Incluya cualquier información adicional en páginas separadas. **Incluya una foto de este padre, si tiene alguna disponible.**

Marcas distintivas (tatuajes/cicatrices/marcas de nacimiento):

Estatura	Peso	Raza	Color de cabello	Color de ojos
----------	------	------	------------------	---------------

¿Este padre ha sido alguna vez arrestado(a) o condenado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Fecha de arresto o condena
--	----------------------------

Ciudad y estado donde se efectuó el arresto o condena	Nombre del oficial de libertad condicional/libertad vigilada
---	--

Nombre de la madre del Padre 1 (apellido, nombre, segundo nombre, nombre de soltera)	
--	--

Nombre del padre del Padre 1 (apellido, nombre, segundo nombre)	
---	--

Sección 3 – Información sobre el Padre 2

23. Nombre del padre (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej. Jr.)

Nombre de soltero/a o seudónimo (si corresponde)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social/ITIN
--	---------------------	------------------------------

Parentesco con el menor:

24. Lugar de nacimiento

Ciudad		Condado	
Estado		País	
25. Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono celular ()	Número de teléfono del trabajo ()	Horario de trabajo

26. Dirección postal

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

27. Dirección residencial (de casa), si es diferente a la dirección provista arriba

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

¿Este padre alguna vez ha vivido en Wisconsin?
 Sí No

28. Información laboral
Nombre del empleador

Número de teléfono ()	Número de fax ()
Dirección	

Ciudad	Estado/Código postal
--------	----------------------

¿El empleador provee seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	¿Los menores tienen cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Costos de bolsillo \$	Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes
--	---	-----------------------	--

¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto por día de pago \$	Cargo
--	----------------------------------	-------

Fecha de inicio	¿Tiene alguna licencia laboral/profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo
-----------------	--	--

29. Miembro de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama
---	---	------

Desde	Hasta	Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------	-------	--

30. Provea la información que se solicita a continuación y cualquier otra información que considere que pueda ayudar a localizar a este padre. Incluya todas las direcciones donde puedan vivir los parientes y el tipo de ingresos y bienes que este padre pueda tener. Incluya cualquier información adicional en páginas separadas y adjuntas. **Incluya una foto de este padre, si tiene alguna disponible.**

Marcas distintivas (tatuajes/cicatrices/marcas de nacimiento):

Estatura	Peso	Raza	Color de cabello	Color de ojos
----------	------	------	------------------	---------------

¿Este padre ha sido alguna vez arrestado(a) o condenado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Fecha de arresto o condena
--	----------------------------

Ciudad y estado donde se efectuó el arresto o condena	Nombre del oficial de libertad condicional/libertad vigilada
---	--

Nombre de la madre del Padre 2 (apellido, nombre, segundo nombre, nombre de soltera)

Nombre del padre del Padre 2 (apellido, nombre, segundo nombre)

Sección 4 – Información sobre los menores (hijos compartidos entre el Padre 1 y el Padre 2 previamente individualizados en las secciones anteriores). Si hay más de tres (3) menores, provea la información de los menores en páginas adicionales.

31. Nombre del **primer hijo** (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej. Jr.)

Número de Seguro Social/ITIN	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha de nacimiento
¿Figuran los nombres de ambos padres en el certificado de nacimiento del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento		País de nacimiento
¿El menor recibe beneficios del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es "Sí", indique el monto mensual: \$
Si el menor está actualmente en la escuela secundaria, indique fecha esperada de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Este menor vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", indique el nombre y el parentesco de la persona con quien vive el menor:			
¿Tiene usted la custodia legal de este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", provea la orden de custodia/documentos de tutela en la Sección 5.			

32. Nombre del **segundo hijo** (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej. Jr.)

Número de Seguro Social/ITIN	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha de nacimiento
¿Figuran los nombres de ambos padres en el certificado de nacimiento del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento		País de nacimiento
¿El menor recibe beneficios del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es "Sí", indique el monto mensual: \$
Si el menor está actualmente en la escuela secundaria, indique fecha esperada de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Este menor vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", indique el nombre y el parentesco de la persona con quien vive el menor:			
¿Tiene usted la custodia legal de este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", provea la orden de custodia/documentos de tutela en la Sección 5.			

Sección 4 (continuación) – Información sobre los menores

33. Nombre del **tercer hijo** (apellido, nombre, segundo nombre y sufijo, p. ej. Jr.)

Número de Seguro Social/ITIN	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Raza (opcional)	Fecha de nacimiento
¿Figuran los nombres de ambos padres en el certificado de nacimiento del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento		País de nacimiento

¿El menor recibe beneficios del Seguro Social?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el monto mensual:

\$

Si el menor está actualmente en la escuela secundaria, indique fecha esperada de graduación:

Mes Año

Nombre de la escuela

Dirección

Ciudad

Estado/Código postal

¿Este menor vive con usted? Sí No

Si la respuesta es "No", indique el **nombre y el parentesco** de la persona con quien vive el menor:

¿Tiene usted la custodia legal de este menor? Sí No

Si la respuesta es "Sí", provea la orden de custodia/documentos de tutela en la Sección 5.

Sección 5 – Situación legal actual—Adjunte copias de cualquier documento sobre la custodia, órdenes judiciales, sentencias, decretos o acuerdos.

34. Relación **actual** entre los padres (las personas individualizadas en las Secciones 2 y 3)

Casados Separados Divorciados Anulados Nunca se casaron

Fecha y lugar (ciudad, condado, estado) del matrimonio, separación legal, divorcio y/o anulación y número de caso judicial:

35. Si tiene una Orden de manutención de menores para el (los) menor(es) individualizados en la Sección 4, provea la información que se solicita a continuación, incluido el número de caso judicial:

Condado/estado en el que se estableció la orden:

Monto mensual ordenado: \$

Sección 6 – Información sobre otros hijos.

Indique cualquier otro hijo que el Padre 1 o Padre 2 tenga con otra persona. Si son más de tres (3) menores, incluya la información sobre los otros hijos en páginas adicionales.

36. Nombre del menor	Padre del menor	Fecha de nacimiento del menor

Lea y firme esta página y coloque la fecha de firma

Tarifa: si **nunca** ha recibido un beneficio en efectivo del programa W-2, AFDC, SSI Caretaker Supplement (Suplemento para cuidadores beneficiarios de SSI) o Kinship Care (Cuidados por pariente), se le cobrará una tarifa de \$35 por cada año que reciba \$550 o más en manutención. La tarifa se deducirá del pago de manutención. Esta tarifa se cobra en todos los casos, tanto si solicita o no los servicios.

Puede encontrar más información sobre las tarifas asociadas con el programa de manutención de menores en el siguiente enlace: <https://dcf.wisconsin.gov/cs/fees>

Información sobre la confiscación de impuestos: entiendo que el Child Support Program (Programa de manutención de menores) de Wisconsin enviará cualquier deuda de manutención de menores vencida y certificable a los programas de confiscación de impuestos/lotería.

Entiendo que si recibo dinero confiscado de la devolución de impuestos de un padre, que luego debe ser reintegrado al Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos) (IRS) federal o el Department of Revenue (Departamento de Rentas) (DOR) estatal, debo devolver el dinero de forma inmediata. La reintegración de las devoluciones de impuestos pueden ser solicitadas por varios motivos, lo que incluye errores del pagador en la devolución de impuestos o contribuyentes fraudulentos que utilizan la identificación del pagador en un intento de cobrar una devolución. Si no puedo devolver todo el dinero de una vez, seguiré un plan de pago hasta devolver el monto por completo. (Si se solicita el reintegro del dinero de la devolución de impuestos, recibiré una carta donde se informará cómo devolver el dinero y cómo establecer un plan de pago).

Si la confiscación de impuestos es de al menos \$10, entiendo que se deducirá una tarifa correspondiente al 10%, con un máximo de cobro de \$25 de la confiscación de impuestos.

Órdenes de manutención de menores: entiendo que la child support agency (agencia de manutención de menores) local no puede exigir el cumplimiento de una orden de manutención de menores donde el monto de manutención haya sido establecido como un porcentaje de los ingresos del pagador en lugar de un monto en dólares.

Si estoy abriendo un nuevo caso o reabriendo un caso cerrado de manutención de menores con la child support agency (agencia de manutención de menores) y tengo una orden donde el monto fue establecido en porcentaje, entiendo que la child support agency (agencia de manutención de menores) no es responsable de conciliar la orden para el periodo previo a la fecha de aceptación de la actual solicitud.

Se requiere que la child support agency (agencia de manutención de menores) modifique la orden basada en porcentaje a una orden que establezca el monto de manutención en dólares. Al enviar esta solicitud, acepto cooperar con la agencia para modificar la orden.

Exención de responsabilidad: el estado de Wisconsin iniciará las acciones administrativas o judiciales necesarias para establecer la paternidad (paternidad legal) y para establecer y hacer cumplir una orden de manutención. Sin embargo, el **abogado de manutención de menores no lo representa a usted ni a ninguno de los padres**, pero sí representa el interés del estado en hacer cumplir la orden de manutención.

Puede encontrar información sobre los derechos y responsabilidades de los padres que reciben servicios de manutención de menores en: dcf.wisconsin.gov/cs/parent-rights

Pago en exceso: entiendo que si recibo un pago en exceso (más manutención de la que me corresponde), el estado puede retener parte de futuros pagos de manutención, por un monto razonable, hasta que el monto pagado en exceso sea devuelto al estado.

Puede encontrar más información sobre cómo se distribuyen los pagos de manutención de menores aquí: <https://dcf.wisconsin.gov/cs/ncp/pay/hierarchy>

Por la presente solicito servicios de manutención de menores bajo el Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Entiendo que debo cooperar con la child support agency (agencia de manutención de menores) mediante la entrega de toda la información solicitada y el cumplimiento de mis citas con la agencia o según lo requiera la corte.

Firma

Fecha

Adjunte copias de cualquier orden judicial, sentencia, decreto o acuerdo que tenga relación con la manutención de menores. Cualquier cambio en esta información se debe reportar **por escrito** a la child support agency (agencia de manutención de menores) donde solicitó los servicios.

El Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene alguna discapacidad y necesita acceder a servicios, recibir información en un formato alternativo o necesita que le traduzcan la información a otro idioma, comuníquese con el Child Support Program (Programa de manutención de menores) al 608-422-6250. Las personas **sordas, con dificultades auditivas, sordociegas o con discapacidad del habla** pueden utilizar el Wisconsin Relay Service (Servicio de retransmisión de Wisconsin) (WRS) – 711 para comunicarse con el departamento.

<https://dcf.wisconsin.gov/cs/home>