

DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES

Division of Family and Economic Security
Bureau of Child Support

[Wisconsin Statutes: §49.22](#)
[Federal Regulations: 45 CFR 302.33](#)

Solicitud de Guardián para Servicios de Mantenimiento de Menores

La información de este formulario (incluyendo lo que se adjunte) puede compartirse con otras personas sólo para propósito de administración del programa de ayuda a niños y otros programas relacionados [[Wis. Estatutos, § 49.83](#)].

Nombre del guardián que solicita servicios (apellido, nombre, inicial)

Relación con el niño o niños

Date Stamp
(for office use only)

Raza/etnia/discapacidad: Esta información es sólo para conocimiento federal. No responda si no quiere. Si no responde esto no afectará los servicios que se proporcionan a usted.

Fee Paid \$ _____ Rept. # _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro (Anote todo lo demás) | | |

¿Está usted incapacitado?

Sí No Describa, si responde sí:

Por favor advierta que:

- Si usted es padre/madre y no es guardián del niño/a, complete el formulario Solicitud de Padres para Servicios de Mantenimiento de Menores.
- Cuando complete este formulario:
 - Por favor complete este formulario en la mejor forma posible.
 - Si no sabe o no está seguro de alguna información, puede dejar esa parte en blanco.
 - Con más información que tenga el agente sobre su caso, mejor será el trabajo que él/ella hará para usted.
 - Si quiere hacer preguntas sobre este formulario, comuníquese con la agencia de Mantenimiento de Menores.

Services Requested:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Mantenimiento de Menores | <input type="checkbox"/> Paternidad
(paternidad legal) | <input type="checkbox"/> Sólo Localice Servicios Padres
\$25 de cobro atrasado |
|--|---|---|

Social Security Number o Individual Taxpayer Identification Number (ITIN): La provisión de su Social Security Number (número de Seguro Social) o su Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) (Número de Identificación de Contribuyente Individual) es mandatorio bajo la Sección 466(a) (42U.S.C.666(a)). Su Social Security Number/ITIN se usará sólo para identificación. Si usted no nos da su Social Security Number/ITIN, su solicitud será negada.

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

Si necesita interprete, ¿en qué idioma? _____

SECCIÓN 1 – Información sobre USTED, el guardián que pide los servicios

Nombre de soltera o sobrenombre (si tiene)	Fecha de Nacimiento	Social Security Number/ITIN	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
1. Lugar de Nacimiento			
Ciudad		Condado	
Estado		País	
2. Anote los servicios que está recibiendo o que ha recibido. Servicios de Mantenimiento de Menores <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Kinship Care <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No W-2, Cuidado de menores (child care) es parte del programa W-2 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Estado(s) que brindan estos servicios:			
3. Teléfono de casa ()	4. Teléfono celular ()	5. Teléfono del trabajo ()	6. Horas de trabajo
7. Dirección de correo			
Ciudad		Estado/Código postal	
8. Dirección de su casa (si es diferente a la de arriba)			
Ciudad		Estado/Código postal	
9. Información del trabajo			
Nombre del empleador			
Número de teléfono ()		Número de Fax ()	
Dirección			
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Prima \$	Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes
¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Nombre del cargo	
Fecha inicio	Licencia ocupación /profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí, tiene, qué tipo:	
10. Miembro de Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es, <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama	
Desde	A	Beneficio Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Importante: Si queda embarazada o nace el hijo/a durante el matrimonio, **el esposo es el padre legal**. Si usted cree que su esposo no es el padre biológico del niño/a, proporcione abajo la información de esa persona.

Nombre	Fecha de nacimiento
Social Security Number/ITIN	Dirección
Ciudad	Estado/Código postal

La información que anote en Sección 2, página 3, será la información del esposo y la esposa que están casados y no la de esta persona

SECCIÓN 2 – Información sobre el PADRE

11. Nombre del padre (Apellido, nombre, inicial)

Sobrenombre (si tiene)	Fecha de Nacimiento	Social Security Number/ITIN
------------------------	---------------------	-----------------------------

12. Lugar de Nacimiento

Ciudad	Condado
Estado	País

13. Teléfono de casa ()	14. Teléfono celular ()	15. Teléfono del trabajo ()	16. Horas de trabajo
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------

17. Dirección de correo

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

18. Dirección de su casa (si es diferente a la de arriba)

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

19. Información del trabajo

Nombre del empleador	
Número de teléfono ()	Número de Fax ()
Dirección	
Ciudad	Estado/Código postal

¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Están cubiertos los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Prima \$	Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes
¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensual	Ingreso bruto \$	Nombre del cargo	
Fecha inicio	Licencia ocupación /professional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí, tiene, qué tipo:	
20. Miembro de Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es, <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	Rama	
Desde	A	Beneficio Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

21. **Si el Lugar del padre es desconocido:** Sírvase brindar la información que figura abajo y toda otra información que crea que pueda ayudar a encontrar al padre. Incluya todas las direcciones en las que podrían vivir los parientes y el tipo de ingresos y activos que el padre podría tener. Incluya toda información adicional en páginas separadas. **Sírvase incluir una foto de este padre, de estar disponible.**

Marcas distintivas (tatuajes/cicatrices/marcas de nacimiento)

Altura	Peso	Raza	Color de pelo	Color de ojos
¿Ha estado arrestado o condenado este padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do Not Know			Fecha de arresto o condena	
Ciudad y estado de arresto o condena			Nombre de oficial de libertad condicional o probatoria	

SECCIÓN 2 (continuación) - Información sobre el PADRE

Nombre, apellido, apellido de soltera de la madre de este padre

Nombre, apellido, inicial del padre de este padre

SECCIÓN 3 – Información sobre la MADRE

22. Nombre de la madre (Apellido, nombre, inicial)

Nombre de soltera o sobrenombre (si tiene)	Fecha de Nacimiento	Social Security Number/ITIN
---	---------------------	-----------------------------

23. Lugar de Nacimiento

Ciudad	Condado
Estado	País

24. Teléfono de casa
()25. Teléfono celular
()26. Teléfono del trabajo
()

27. Horas de trabajo

28. Dirección de correo

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

29. Dirección de su casa (si es diferente a la de arriba)

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

30. Información del trabajo

Nombre del empleador

Número de teléfono ()	Número de Fax ()
---------------------------	----------------------

Dirección

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

¿Tiene Seguro Médico?

 Sí No No sé

¿Están cubiertos los niños?

 Sí No No sé

Prima

Por

 Semana Mes

¿Cuándo le pagan?

 Semanal Cada 2 semanas Mensual

Ingreso bruto

\$

Nombre del cargo

Fecha inicio

Licencia ocupación /professional

 Sí No

Sí, tiene, qué tipo:

31. Miembro de Fuerzas Armadas

 Sí No

Sí es,

 Activo Retirado

Rama

Desde

A

Beneficio Veterano

 Sí No

32. **Si el Lugar de la madre es desconocido:** Sírvase brindar la información que figura abajo y toda otra información que crea que pueda ayudar a encontrar a la madre. Incluya todas las direcciones en las que podrían vivir los parientes y el tipo de ingresos y activos que la madre podría tener. Incluya toda información adicional en páginas separadas y adjunte. **Sírvase incluir una foto de la madre, de estar disponible.**

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

SECCIÓN 3 (continuación) - Información sobre la MADRE

Altura	Peso	Raza	Color de pelo	Color de ojos
¿Ha estado arrestado o condenado este madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			Fecha de arresto o condena	
Ciudad y estado de arresto o condena		Nombre de oficial de libertad condicional o probatoria		
Nombre, apellido, apellido de soltera de la madre de esta madre				
Nombre, apellido, inicial del padre de esta madre				

SECCIÓN 4 – Información de los niños (Estos niños deben tener **la misma madre y padre**, y los padres deben ser los padres anotados en las Secciones 2 y 3 de este formulario). Si son más de tres (3) niños, anote la información sobre estos niños en la página 8.

33. Nombre del primer hijo/a (apellido, nombre, inicial)

Social Security Number/ITIN	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza (opcional)	Fecha de Nacimiento
¿Está el nombre del padre en el acta de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es sí, cantidad mensual: \$
Si el niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Vive el niño/a con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

34. Nombre del segundo hijo/a (Apellido, nombre, inicial)

Social Security Number/ITIN	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza (opcional)	Fecha de Nacimiento
¿Está el nombre del padre en el acta de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			Ciudad de nacimiento
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	
¿Recibe el niño/a beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es sí, cantidad mensual: \$
Si el niño/a está en escuela secundaria, fecha de graduación: Mes Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Vive el niño/a con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Favor de Lear, firmar y anotar el día en esta página.

Costo: Si usted nunca ha recibido dinero para los siguientes servicios de W-2, AFDC, SSI Caretaker Supplement, o Kinship Care, le cobrarán un costo de \$25 cada año que reciba \$500 o más en mantenimiento de menores. El costo se cobra de los pagos de mantenimiento de menores. El costo se cobrará en todos los casos aunque no solicite aplicación para servicios.

Información de interceptación de impuestos: Yo entiendo que el Programa de Mantenimiento de Menores de Wisconsin presentará todas las deudas de mantenimiento certificables y atrasadas al programa de interceptación de impuesto/lotería.

Entiendo que si recibo el dinero del reembolso de impuestos interceptado del otro padre/madre, que luego sea solicitado por Internal Revenue Service (IRS) o Department of Revenue estatal (DOR), debo devolver el dinero inmediatamente. Las declaraciones de impuestos se pueden retirar por diversos motivos, incluidos error de NCP en la declaración de impuestos o personas que las presentan en forma fraudulenta usando una identificación de NCP en un intento por cobrar un reembolso. Si no puedo devolver todo el dinero de una vez, cumpliré con un plan de pagos hasta que se haya devuelto el monto por completo. (Si el dinero de la declaración de impuestos se retira, recibirá una carta con información sobre cómo devolver el dinero y cómo fijar un plan de pagos).

Si el cobro de impuesto interceptado es por lo menos \$10, yo entiendo que un cobro de 10%, hasta \$25, se descontará del cobro de interceptación de impuesto.

Órdenes de mantenimiento de menores: Yo entiendo que la ley no permite órdenes de porcentaje en casos de la agencia de mantenimiento de menores.

Estoy abriendo un nuevo caso de mantenimiento o reabriendo un caso de mantenimiento cerrado en la agencia de mantenimiento de menores y tengo una orden de porcentaje. Yo entiendo que la agencia no es responsable de reconciliar la orden.

La agencia de mantenimiento de menores tendrá que cambiar la orden de porcentaje a una orden en dólares. Al presentar esta solicitud, yo estoy de acuerdo en cooperar con la agencia para cambiar la orden.

Renuncia: El estado de Wisconsin presentará las medidas judiciales o administrativas necesarias para establecer la paternidad legal o para establecer o hacer cumplir una orden de mantenimiento. Sin embargo el **abogado de mantenimiento de menores no representa a usted ni al padre o madre**, sino que representa el interés que tiene el estado en hacer cumplir la orden.

Pago excesivo: Yo entiendo que si recibo pago excesivo (más del mantenimiento que me adeudan), el estado puede retener parte de pagos de mantenimiento futuros, por una cantidad razonable, hasta que la cantidad de pago excesivo sea devuelta al estado. Sí No

Yo aquí pido servicios de mantenimiento de menores bajo el Programa “Child Support Enforcement Program” según Title IV-D de la ley de Seguro Social. Yo entiendo que debo cooperar con la agencia de mantenimiento de menores dando toda la información relacionada a mi caso y asistiendo a todas las citas con la agencia.

Firma

Fecha

Incluya copias de guardian, cartas de custodia y órdenes de la corte, sentencia, decretos o estipulaciones relacionados a mantenimiento de menores. Todo cambio de esta información debe enviarse, **por escrito**, a la agencia de mantenimiento de menores donde usted solicitó los servicios.

