

## Solicitud de Padres para Servicios de Mantenimiento de Menores PARENT APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

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

Nombre de padre (madre) que solicita servicios (Apellido, nombre, 2do. nombre, sufijo, por ej. Jr.)	<b>Date Stamp</b> <i>(for office use only)</i>
Relación con el niño o niños <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	
<b>Raza/etnia/discapacidad:</b> Esta información es solo para conocimiento federal. No responda si no quiere. Si no responde esto <b>no</b> 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 Hawái/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 guardián y no es padre/madre del niño/a, complete el formulario *Solicitud de Guardián 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 ayuda de niños.

### Servicios solicitados:

- Servicios de Mantenimiento de Menores     Paternidad (paternidad legal)     Solo Servicios de Localización (un solo padre)  
\$25 de cobro adeudado

**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 obligatorio bajo la Sección 466(a) (42U.S.C.666(a)). Su Social Security Number/ITIN se usará solo para identificación. Si usted no nos da su Social Security Number/ ITIN, su solicitud será negada. Si usted no tiene un número de seguro social, debe entregar su Individual Taxpayer Identification Number (ITIN).

### Aviso de Ayuda de Idioma

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

Si necesita interprete, ¿en que idioma? \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Si queda embarazada o nace el hijo/a durante el matrimonio, **el esposo es el padre legal**. Si usted cree que el 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 el resto de este formulario será la información del esposo y la esposa que están casados y no la de esa persona.**

**SECCIÓN 1 – Información sobre USTED, padre (madre) 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

Sí  No

W-2, Cuidado de menores (child care) es parte del programa W-2

Sí  No

Estado(s) donde recibió estos servicios:

3. Teléfono de casa ( )	4. Teléfono celular ( )	5. Teléfono del trabajo ( )	6. Horas de trabajo
----------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------

7. Dirección de correo electrónico	8. Dirección de correo
Ciudad	Estado/Código postal

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

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

10. 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"/> Sí <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 de inicio	Licencia ocupación /profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sí, tiene, qué tipo:
11. 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	Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## SECCIÓN 2 – Información sobre el OTRO PADRE

12. Nombre del otro padre o madre (Apellido, nombre, 2do. nombre, sufijo, por ej. Jr.)

Nombre de soltera o sobrenombre (si tiene)	Fecha de Nacimiento	Social Security Number/ITIN	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
--	---------------------	-----------------------------	--

13. Lugar de Nacimiento

Ciudad	Condado		
Estado	País		
14. Teléfono de casa (      )	15. Teléfono celular (      )	16. Teléfono del trabajo (      )	17. Horas de trabajo
18. Dirección de correo electrónico		19. Dirección de correo	

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

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

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

21. 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"/> Sí <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 de inicio	Licencia ocupación /profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sí, tiene, qué tipo:

22. 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	Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

23. **Si no se sabe dónde vive este padre/madre:** Proporcione la información de abajo y otra información que usted crea puede ayudar a encontrar a esta persona. Incluya dirección de todos los parientes y tipo de ingreso y capital que pueda tener el padre/madre. Anote más información en las páginas 7 – 8. **Incluya foto de este padre/madre, si tiene.**

Marcas distintivas (tatuajes/cicatrices/marcas de nacimiento)

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

Nombre de la madre del otro padre (apellido, nombre, 2do. nombre, apellido de soltera)

Nombre del padre del otro padre (apellido, nombre, 2do. nombre)

**SECCIÓN 3 – Información de los niños** (Estos niños deben tener **el mismo padre y madre**, y los padres deben ser los padres anotados en las Secciones 1 y 2 de este formulario). Si son más de tres (3) niños, anote la información sobre estos niños en las páginas 7 – 8. Si hay niños con otro padre/madre, anote la información en la Sección 5, página 5.

24. Nombre del primer hijo/a (apellido, nombre, 2do. nombre, sufijo, por ej. Jr.)

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 prevista: Mes      Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cuál de los padres vive este niño/a la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			

25. Nombre del segundo hijo/a (Apellido, nombre, 2do. nombre, sufijo, por ej. Jr.)

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 prevista: Mes          Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cuál de los padres vive este niño/a la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			
26. Nombre del tercer hijo/a (Apellido, nombre, 2do. nombre, sufijo, por ej. Jr.)			

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 prevista: Mes          Año			
Nombre de la escuela		Dirección	
Ciudad		Estado/Código postal	
¿Con cuál de los padres vive este niño/a la mayoría del tiempo? (Número de noches que se queda o equivalente) <input type="checkbox"/> Igual ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Con otra persona			
¿Cuál de los padres tiene custodia legal de este niño/a? <input type="checkbox"/> Ambos (Custodia conjunta) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> La corte no ha decidido aún			

¿Está solicitando ayuda para servicios de un bebé por nacer?     Sí     No

Si es sí, fecha del parto: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4 - Estado Legal Actual** (adjunte copias de las órdenes de la corte, sentencias, decretos o estipulaciones)

27. Su relación **actual** con el padre (madre) (en la sección 2)

Casado     Separado     Divorciado     Anulado     Nunca Casado

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

28. Si tiene una orden de mantenimiento de menores para su niño(a) o niños anotados en la Sección 3, anote la información abajo.

Condado/Estado de Orden:

Pago Mensual Ordenado: \$

**SECCIÓN 5 – Información de sus otros hijos.**

Anote otro niño(a) usted o el otro padre/madre (en sección 2) tienen con otro padre/madre. Si hay más de 4 niños incluya la información de los otros niños en las páginas 7 - 8.

29. Nombre de niño/a	Padre/Madre del niño/a	Fecha de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre/Madre en Sección 2	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre/Madre en Sección 2	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre/Madre en Sección 2	
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre/Madre en Sección 2	

## Favor de leer, firmar y fechar 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 \$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 servicios.

**Información de intercepción 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 intercepción de impuesto/lotería.

Yo entiendo que si recibo del padre/madre dinero de devolución de impuesto interceptado que más tarde lo pide el Servicio de Impuestos Internos federal (IRS) o el Departamento de Impuestos del estado (DOR), yo debo devolver inmediatamente el dinero. Si no puedo pagar todo el dinero de una vez, seguiré un plan de pago hasta que se haya pagado la cantidad total. (Si se pide el dinero de devolución de impuesto, usted recibirá una carta con información para devolver el dinero y como arreglar un plan de pago).

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 intercepción 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.

Si 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 por el período antes de la fecha en que se aceptó esta solicitud.

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 y para establecer y hacer cumplir una orden de mantenimiento. Sin embargo el **abogado de mantenimiento de menores no los representa a usted ni a ninguno de los padres**, 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 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.

DCF es empleador y provee servicios con igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna discapacidad y necesita esta información en formato alternativo, o traducido a otro idioma, llame al teléfono (608) 266-9909 ó (800) 947-3529 TTY (Gratis).

**childsupport.wisconsin.gov (Español)**



