

AVISO DE ASIGNACIÓN CHILD SUPPORT, FAMILY SUPPORT, MAINTENANCE, Y MEDICAL SUPPORT

La información provista en este formulario (incluyendo anexos) puede compartirse con otros sólo con el propósito de administración de este programa de mantenimiento de menores y otros programas relacionados [s. 49.83, Wis. Stats.].

Child Support, Family Support y Maintenance:

- Yo entiendo que el estado tiene derecho a cobrar los pagos ordenados por la corte de mantenimiento de menores, ayuda a la familia y mantenimiento de mis hijos bajo mi cuidado y míos si yo recibo pagos de W-2 o Suplemento por Cuidado de Niños (Caretaker Supplement).
- Yo entiendo que el estado tiene derecho a usar parte del mantenimiento para pagar el costo federal de W-2 o pagos de suplemento por cuidado que yo recibo. Yo entiendo que los pagos de mantenimiento que guarda el estado **no pueden ser** más que la cantidad total de los beneficios de W-2 o Caretaker Supplement que recibe mi familia.
- Yo entiendo que el estado me enviará la cantidad de mantenimiento permitida por ley federal y la ley de estado.
- Yo entiendo que me notificarán los cambios que pudiesen afectar mi mantenimiento de menores.
- Yo entiendo que los pagos hechos de mantenimiento adeudados y acumulados cuando mi familia recibía AFDC los usará el estado para los costos de AFDC y no me los enviarán a mí.

Mantenimiento voluntario:

Si el padre/madre me paga directamente el mantenimiento de menores, yo debo reportar todo mi ingreso al trabajador de mantenimiento y/o a mi Planificador Financiero W-2 y de Empleo.

Ayuda médica:

- Yo entiendo que al solicitar Medicaid el estado tiene derecho a cobrar los pagos de ayuda médica por los gastos médicos de mi familia que son cubiertos por Medicaid. Los pagos de ayuda médica incluyen aquellos hechos por orden de la corte y/o por un asegurador.
- Yo entiendo que el estado tiene derecho a usar parte de la ayuda médica para pagar el costo de beneficios de Medicaid que yo recibo. Yo entiendo que los pagos de ayuda médica mantenidos por el estado **no pueden** ser de más de la cantidad total de los beneficios de Medicaid que recibe mi familia. Pero, si mi familia no recibe Medicaid, el estado tiene derecho a cobrar los pagos de ayuda médica por gastos médicos atrasados cubiertos por Medicaid.

Firma del participante	Fecha firma
------------------------	-------------

COMPLETE LA PARTE DE ABAJO SÓLO SI EL PARTICIPANTE REHUSA RECONOCER ESTE AVISO EN LA LÍNEA DE FIRMA ARRIBA

He explicado toda la información de arriba a _____.
Yo creo que él/ella entiende la asignación y distribución del cobro de ayuda médica y en dinero dispuesto por la operación de la ley.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Firma representante de la agencia	Fecha firma
-----------------------------------	-------------

Re: ss. 49.145 (2)(f) and (s), Wis. Stats.
s. 49.45 (19), Wis. Stats.
s. 49.775 (2)(bm), Wis. Stats.

Registro de caso – Una copia

Participante – Una copia

GUARDE FORMULARIO COMPLETO EN REGISTRO DE CASO