



**ESTADO DE TENNESSEE  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

El deseo de esta organización es actuar en beneficio de usted y su(s) hijo(s) en todo momento. Por lo tanto, deseamos proporcionarle cierta información importante acerca de la forma en que se manejará su caso.

**INFORMACIÓN QUE USTED NECESITA SABER**

- Usted tiene que avisarnos de inmediato si se muda o cambia de número de teléfono.
- Usted tiene que cooperar.
- Usted tiene que devolver toda suma de dinero que reciba por error.
- Usted tiene que avisarnos por escrito si desea cancelar los servicios.

**NOSOTROS PODEMOS INTENTAR**

- buscar al padre o la madre cuyo paradero se desconozca;
- establecer la paternidad de un niño;
- establecer y hacer cumplir las órdenes judiciales de pagos de manutención infantil, cuentas médicas no pagadas y/o seguro médico;
- revisar y modificar las órdenes de manutención infantil; y
- cobrar importes atrasados de manutención infantil usando varios métodos para su cumplimiento, incluido el embargo de reembolsos de impuestos federales sobre la renta.

**NOSOTROS NO PODEMOS**

- garantizar el éxito de nuestros intentos de establecer o hacer cumplir la obligación de manutención infantil;
- manejar asuntos que no se relacionen con la manutención infantil, como divorcio, conflictos por régimen de visitas o custodia de menores; ni
- dar prioridad a su caso sobre otros casos que manejemos.

**DESPUÉS DE RECIBIR SU SOLICITUD COMPLETA, NOSOTROS**

- revisaremos su caso;
- decidiremos la acción correcta que se realizará en su caso; y
- haremos todo lo posible por proporcionarle el servicio necesario.

**ADEMÁS**

- Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información sobre usted, y para informarle las fechas de citas y audiencias del tribunal.
- Su firma en el formulario de solicitud indica que usted conviene en que el organismo presente una acción legal para su caso, y que puede cerrar su caso si usted no colabora.
- Nuestros abogados representan al estado de Tennessee. Ellos ayudarán a proporcionarle servicios de manutención infantil, pero ellos no lo representan ni a usted ni a ninguna otra persona.
- La información del caso se dará a conocer únicamente para fines de manutención infantil.
- Todos los pagos de manutención infantil se procesarán por medio de la Unidad del Desembolso del Estado (*State Disbursement Unit*) en Nashville, Tennessee.

**Estado de Tennessee**  
Departamento de Servicios Humanos  
Carta para recopilación de información

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos del EEUU (HHS), se prohíbe a esta institución de discriminar en base a raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, contacte al HHS. Escriba al: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o al (202) 619- 3257 (TTY). El HHS es proveedor y empleador de oportunidades equitativas. También puede escribir al Tennessee, DHS, Civil Rights Compliance Officer, James K. Polk Building, 505 Deaderick Street 14th Floor, Nashville, TN 37243, (615) 313-4748.

NOTA: los números de Seguro Social (SSN) de las personas son fundamentales para procesar los casos. Según el artículo 466(a)(13) de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) [42 U.S.C. 666(a)(13)], usted debe proporcionar los números de Seguro Social al organismo de manutención infantil. El programa estatal de cumplimiento de manutención infantil usará estos números con el objeto de buscar a personas, a fin de establecer la paternidad y determinar, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención. Es posible que su SSN y los de sus hijos se usen para presentar acciones interestatales de cumplimiento de manutención infantil, y para inscribir a los niños como beneficiarios de cobertura de seguro médico; y por eso, pueden ser divulgados al padre o la madre. El SSN del padre o la madre que no tiene la custodia es necesario para identificar correctamente al padre o la madre con el fin de localizarlo, presentar casos al Programa de Compensación del Tesoro (Treasury Offset Program) y para otras actividades de cumplimiento de manutención infantil.

La información que se pide en esta solicitud tiene que proporcionarla cada solicitante de servicios de manutención infantil; independientemente de que sea la persona que tiene la custodia (padre, madre o responsable del cuidado), o el padre o la madre que no tiene la custodia. Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP o primary residential parent), llene la información sobre usted en la Sección II, y la información sobre el padre o la madre que no tiene la custodia, en la Sección III. Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP o alternate residential parent), llene la información sobre el padre, la madre o persona responsable del cuidado que tiene la custodia en la Sección II, y la información sobre usted, en la Sección III.

**Si ya estaba casada cuando nació(nacieron) el(los) niño(s), o cuando se concibió (concibieron) el(los) niño(s), o dentro de trescientos (300) días después de que por cualquier razón se terminara el matrimonio, la ley de Tennessee indica que su esposo es el padre legal de su(s) niño(s) y se le perseguirá para obtener manutención infantil.**

**I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

1. ¿Es usted

el **PADRE, LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO QUE TIENE LA CUSTODIA (PRP)** de los menores para quienes se solicitan servicios? (El PRP es el padre o la madre con quien los hijos viven más del 50% del tiempo.); **NOTA:** A fin de completar esta solicitud, favor de marcar esta casilla si los menores para quienes se solicitan servicios viven con usted exactamente el 50% del tiempo.

o bien

el **PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)** de los menores para quienes se solicitan servicios? (El ARP es el padre o la madre con quien los hijos viven menos del 50% del tiempo.)

Si usted es el **PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)**, ¿está usted solicitando

una revisión y modificación de su orden de manutención; o bien

el establecimiento de la paternidad de los hijos?

**NOTA: toda solicitud de servicios de manutención infantil ocasionarán que este organismo realice las acciones necesarias para hacer cumplir las obligaciones de manutención.**

2. ¿Es usted menor de 18 años y no está casado/a?  Sí  No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información sobre su padre, madre o tutor:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): ( \_\_\_\_\_ ) (celular): ( \_\_\_\_\_ ) (trabajo): ( \_\_\_\_\_ )

3. ¿Tiene usted motivos para creer que el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) podría intentar causarle daño a usted o a los hijos si nos ponemos en contacto con él o ella, o debido a alguna acción que emprendamos en su caso de manutención infantil?  Sí  No

De ser "sí", por favor adjunte documentación, tal como el Informe Policial, la Orden de Protección, etc.

*TDHS staff should check the "Forms" section of the intranet to ensure the use of current versions. Forms may not be altered without prior approval.*

*Distribution: Local child support office (original)*

HS-2912sp (Rev. 02-19)

*RDA: 2124*

*Page 2 of 8*

**FOR STATE USE ONLY**

Foster care worker's name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Approval date: \_\_\_\_\_ Social Services Number: \_\_\_\_\_ IVE Case Number: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN ACERCA DEL PADRE, LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO QUE TIENE LA CUSTODIA**

Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP), proporcione la siguiente información acerca de usted.

Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), llene esta sección con información acerca del padre, la madre o persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP).

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

2. ¿Qué parentesco tiene la persona responsable del cuidado con los hijos (madre / padre / abuela / etc.)? \_\_\_\_\_

3. Información de identificación del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Quisiera recibir Mensajes de Correo Electrónico?:  Sí  No

Domicilio del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP)

Domicilio **POSTAL**: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ (celular): ( \_\_\_\_\_ ) (trabajo): ( \_\_\_\_\_ )

¿Quisiera recibir Mensajes de Texto?  Sí  No De ser "SÍ", ¿cuál número quiere que se asocie con Mensajes de Texto?  Casa  Celular

Domicilio **RESIDENCIAL**: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere que su Encargado del Caso le contacte?  Correo  Correo Electrónico  Teléfono de casa  Celular  Trabajo

4. Empleador del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez estuvo casado el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP) con el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  Sí  No Si la respuesta es sí, proporcione toda la información siguiente que corresponda:

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de divorcio: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fecha de separación: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay algún otra agencia o abogado que esté intentando actualmente obtener manutención infantil?  Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del organismo o abogado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna vez ALGUNA acción legal que incluya al menor/a los menores?  Sí  No De ser sí, describa la acción: \_\_\_\_\_

TDHS staff should check the "Forms" section of the intranet to ensure the use of current versions. Forms may not be altered without prior approval.

Distribution: Local child support office (original)

HS-2912sp (Rev. 02-19)

RDA: 2124

Page 3 of 8

**Responda las preguntas #7 y #8 sólo si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado de los hijos que tiene la custodia (PRP)**

7. ¿Recibe actualmente, o ha recibido antes beneficios de Medicaid?  Sí  No

¿Recibe actualmente, o ha recibido antes beneficios de asistencia pública, Familias Primero?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿en qué período? Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Recibió estos beneficios en Tennessee?  Sí  No ¿En qué otros estados recibió estos beneficios? \_

8. Nombre y número de teléfono de la persona con la que podemos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted.

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

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)**

Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), proporcione la siguiente información sobre usted.

Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP), proporcione la siguiente información sobre el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

Si estaba casado(a) cuando nació (nacieron) los hijos, o cuando fue(fueron) concebido(s), o en cualquier momento durante los 300 días antes del nacimiento de su(s) hijo(s), la ley de Tennessee indica que su esposo es el padre legal de su(s) hijo(s)

Si usted está solicitando manutención de más de una persona que no tenga la custodia (ARP), tiene que llenar una solicitud aparte para cada padre o madre que no tenga la custodia (ARP). Si existen varias personas que podrían ser posiblemente el padre de los mismos hijos, escriba una nota aclarando esto en la Sección V, página 5 de esta solicitud.

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera (si corresponde): \_\_\_\_\_

2. Alias o apodos: Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es la relación con los hijos de la persona que no tiene la custodia (ARP)?  Padre  Madre

4. Números de teléfono del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Ha vivido antes en Tennessee el/la ARP?  Si  No

5. Domicilio del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)

Domicilio **POSTAL** actual o último conocido: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Se entrega correo postal a esta dirección?  Sí  No

Domicilio **RESIDENCIAL** actual o último conocido: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Confirma que el/la ARP vive aquí?  Sí  No

6. ¿El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) tiene trabajo por cuenta propia?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuál es su

*TDHS staff should check the "Forms" section of the intranet to ensure the use of current versions. Forms may not be altered without prior approval.*

*Distribution: Local child support office (original)*

*RDA: 2124*

*HS-2912sp (Rev. 02-19)*

*Page 4 of 8*

ocupación? \_\_\_\_\_

7. Empleador **actual** del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador **anterior** del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

8. Información general sobre el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)

Número de Seguro Social	Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado)	Fecha de nacimiento
Edad aproximada	Número de permiso de conducir (incluya el estado)	Sexo
Raza	Estatura	Peso
Color de cabello	Color de ojos	¿Proporcionó fotografía?
Marcas distintivas	Discapacidades conocidas	Correo Electrónico

9. El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), ¿está actualmente en la  cárcel  o prisión? Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Fecha de liberación esperada: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

10. El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), ¿está en libertad  condicional  o bajo palabra? Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del oficial de libertad condicional o bajo palabra: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) perteneció a las fuerzas armadas?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿a qué fuerza? \_\_\_\_\_

Fechas de servicio: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Está el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) jubilado del ejército o pertenece a las reservas?  Sí  No

12. ¿Recibe el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) alguna pensión o beneficio del gobierno federal (Seguro Social, SSI, VA, jubilación militar, etc.) o de otras fuentes?  Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione:

Fuente (1): \_\_\_\_\_ Importe del ingreso mensual aproximado \_\_\_\_\_

Fuente (2): \_\_\_\_\_ Importe del ingreso mensual aproximado \_\_\_\_\_

Fuente (3): \_\_\_\_\_ Importe del ingreso mensual aproximado \_\_\_\_\_

13. Describa los bienes que pueda poseer el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

*TDHS staff should check the "Forms" section of the intranet to ensure the use of current versions. Forms may not be altered without prior approval.*

*Distribution: Local child support office (original)*

HS-2912sp (Rev. 02-19)

RDA: 2124

Page 5 of 8

Autos, camiones, motocicletas	Marca:	Modelo:	Año:
	Color:	Número de placa:	Estado:
Cuentas de banco:			
Bienes inmuebles:			
Otros bienes:			

14. Otros contactos del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP). Proporcione toda información que tenga, aunque esté incompleta:

Madre (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Nombre Soltera	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado		Código postal

Padre (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado	Código postal

Amigo u otro pariente (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado	Código postal

#### IV. INFORMACIÓN SOBRE ÓRDENES JUDICIALES

¿Existe alguna orden judicial de manutención infantil de los niños para los cuales se está solicitando servicios de manutención infantil?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, proporcione toda la información que tenga acerca de la orden u órdenes judiciales existentes. Adjunte copias de las órdenes y registros de pago, si los tiene.

Nombre del tribunal que emitió la orden	Fecha de la orden
Número de expediente o caso	Condado/Estado
¿Cómo se hacen los pagos? (por medio del tribunal, organismo IV-D o directamente a la persona responsable del cuidado)	Importe de manutención ordenado
Frecuencia ordenada de los pagos (semanal, mensual, otra, etc.)	Fecha de vencimiento del pago
Fecha e importe del último pago o cobranza	Importe de pagos atrasados

V. Use el siguiente espacio para proporcionar toda información adicional acerca de su caso, que usted considere que pueda necesitar la oficina de manutención infantil, incluidos los nombres de cualquier otro posible padre de los hijos para quienes está presentando la solicitud. (Adjunte hojas aparte si es necesario)

---



---



---



---



---



---



---



---

**VI. INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN MÉDICA DE LOS HIJOS**

¿Quién proporciona seguro médico a los hijos?                      Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Prima mensual del seguro: \_\_\_\_\_ Número de miembros de la familia cubiertos por la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre o nombres de los hijos que están cubiertos por esta póliza

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| ¿Tienen los hijos alguna factura médica no pagada?   | Yes | No | (Si la respuesta es sí, proporcione una lista detallada y copia todas las facturas.)                      |
| ¿Presentó usted las facturas no pagadas a la compañía de seguros?                          | Yes | No | (Si la respuesta es sí, proporcione una copia de la Explicación de Beneficios de la compañía de seguros.) |
| ¿Presentó usted las facturas no pagadas a la otra parte?                                   | Yes | No | (Si la respuesta es no, proporcione ahora a la otra parte una copia de las facturas no pagadas.)          |
| ¿Tienen los hijos algún gasto médico recurrente que no esté cubierto por el seguro médico? | Yes | No |   |

**VII. INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS**

Enumere a continuación cada uno de los hijos del otro padre o la madre mencionado/a en esta solicitud para quienes está solicitando servicios de manutención infantil. Proporcione toda la información necesaria sobre cada hijo, y una copia del acta de nacimiento de ese hijo. Adjunte hojas adicionales si lo necesita.

1. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No

b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No

c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No

d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_

e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

2. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No

b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No

c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No

d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_

e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

3. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No

b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No

c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No

d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_

e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

**INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS (Continuación)**

4. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No  
b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No  
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No  
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_  
e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

5. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No  
b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No  
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No  
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_  
e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

6. Apellido del hijo \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad, condado y estado de nacimiento: \_\_\_\_\_

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento?  Sí  No  
b. Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento?  Sí  No  
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad?  Sí  No  
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:  
 voluntary acknowledgment,  court order,  other (please specify): \_\_\_\_\_  
e. Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?  
 Sí  No

## SOLICITUD

Yo, \_\_\_\_\_, present esta solicitud para servicios de Manutención Infantil proporcionados por la Agencia de Manutención Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. Entiendo y reconozco lo siguiente **colocando mis inicios sobre cada línea abajo**:

- \_\_\_\_ El abogado de Manutención Infantil que maneja mi caso representa al Estado de Tennessee, y no me representa a mí personalmente.
- \_\_\_\_ La información que yo proporciono es la fuente de cualquier solicitud que se presente para mí.
- \_\_\_\_ La oficina de Manutención Infantil actuará para hacer cumplir las obligaciones legales de manutención infantil del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP). Si la oficina de Manutención Infantil determina que alguna acción es inapropiada o injustificada, no la llevará a cabo.
- \_\_\_\_ Si proporciono alguna información o testimonio que el tribunal determine como falso, el Estado puede enjuiciarme por falso testimonio.
- \_\_\_\_ Si obtengo una suma de dinero debido a que cometí fraude, entiendo que el Estado puede acusarme de fraude. Asimismo, el Estado puede exigirme que pague todo el dinero que obtuve por medio del fraude.
- \_\_\_\_ La oficina de Manutención Infantil no promete el éxito ni los resultados de ninguna acción en un plazo determinado.
- \_\_\_\_ Los servicios que proporciona el organismo de Manutención Infantil incluyen únicamente hacer cumplir los derechos de manutención infantil, obtener y hacer cumplir las órdenes sobre seguro médico, establecer la paternidad y, en casos limitados, obtener manutención del cónyuge. Estos servicios no incluyen acciones que impliquen problemas de custodia, régimen de visitas o similares. Si surgen dichos problemas en este caso, entiendo que tengo que buscar otra representación legal.
- \_\_\_\_ Debido a que cualquier persona en el estado puede solicitar servicios de manutención infantil, esto significa que la oficina de Manutención Infantil puede proporcionar servicios a otras personas cuyos intereses contradigan los míos.
- \_\_\_\_ Tengo que pagar tarifas de solicitud y costos de tribunal si el tribunal determina que puedo pagarlos. Si nunca he recibido beneficios de Familias Primero/ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF o *Temporary Assistance for Needy Families*) el estado también me cobrará una cuota anual de \$35 por los servicios de manutención infantil pero solamente después de recoger por lo menos \$550 para mi caso en el periodo de un año. Para pagar esta cuota, el estado se quedará con los siguientes \$35 de manutención infantil que recoja para mi caso después de los \$550 iniciales. Si mi caso requiere la acción de otro estado, también tendré que pagar por cualquier tarifa de solicitud o costo asociado que el otro estado exija para que mi caso proceda.
- \_\_\_\_ Si recibí beneficios de TANF o de Familias Primero anteriormente, el Estado retendrá toda manutención cobrada cada mes que exceda la manutención mensual actual adeudada, para pagar los beneficios de TANF o Familias Primero que recibí.
- \_\_\_\_ Si los hijos en este caso reciben Medicaid, tengo que informar de inmediato a la oficina de Manutención Infantil.
- \_\_\_\_ Si logro que un abogado privado me represente para obtener manutención infantil, convengo en informar de inmediato a la agencia de Manutención Infantil.

\_\_\_\_ Mi caso se presentará al Programa de Compensación del Tesoro (*Treasury Offset Program*) del IRS si reúne las siguientes condiciones:

- Un tribunal u agencia administrativa ordena al padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) que pague manutención.
- Existe una copia de la orden, y de cualquier cambio a la orden, en los archivos de la oficina de Manutención Infantil. Asimismo, debe haber una copia del registro de pagos del tribunal en el archivo de la oficina de Manutención Infantil. Si no existe un registro de pagos del tribunal, debo proporcionar a la oficina de Manutención Infantil una declaración jurada y firmada del importe que adeuda el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).
- Según dicha orden, el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) debe adeudar al menos \$500.00 de pagos vencidos de manutención.
- La oficina de Manutención Infantil tiene el número de Seguro Social (SSN) del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

\_\_\_\_ Entiendo, además, que si mi caso se presenta al Programa de Compensación del Tesoro del IRS:

- No existe garantía de que el dinero se cobrará en mi nombre. La cobranza del Programa de Compensación del Tesoro por medio del Programa de Compensación de Reembolsos de Impuestos Federales (*Federal Tax Refund Offset Program*) sólo es posible si el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) presentan una declaración de impuestos y el IRS le adeuda un reembolso.
- Si se cobra dinero mediante este proceso, y está implicada una declaración conjunta, el Estado tiene el derecho de retener el reembolso durante seis meses antes de enviarme a mí cualquier cobro.
- Si recibí beneficios de TANF o de Familias Primero, el Estado conservará una parte o la totalidad del reembolso para pagar todo beneficio de TANF o de Familias Primero que el Estado haya proporcionado anteriormente.
- El Estado tiene el derecho de retener importes de futuras compensaciones del IRS si no pago voluntariamente los importes que haya recibido por error.
- El IRS cobra una tarifa de hasta \$25.00 por cada cobro que se haga por medio del programa de compensación. Esta tarifa se deducirá antes de que yo reciba cobro alguno.

\_\_\_\_ **Tengo que reembolsar al Estado cualquier dinero que se me sobrepagó o que se me envió en error.**

- Soy responsable personalmente por el reembolso de cualquier cantidad que reciba por error para corregir un sobrepago debido al Estado por cualquier razón para corregir mi cuenta de manutención infantil, incluyendo pero no se limita a pagos enviados a mí por error.
- Con marcar la caja de consentimiento al final de este párrafo, yo doy consentimiento a la retención automática, sin aviso adicional, de cualquier pago de manutención recogido a mi nombre por cantidades pagadas a mí por error hasta que se pague la balanza en su totalidad. Mi consentimiento es voluntario. Los servicios que recibo no serán afectados por la decisión que tomo. Si doy consentimiento y luego cambio de opinión, tendré que avisar a la Oficina de Manutención Infantil por escrito que deseo retirar mi consentimiento. Si no doy mi consentimiento a la retención automática al marcar la caja de "no doy consentimiento", el Estado no está prevenido de intentar a corregir un error usando todos remedios legales disponibles a ellos, de los cuales, yo seré responsable por el pago de cualquier costo de tal acción, incluyendo costos del corte y cobros del abogado. **(Si no se marca ninguna caja, se presuntará que he dado mi consentimiento.)**

**Doy consentimiento a tal retención.**

**NO doy consentimiento a tal retención.**

Juro o afirmo que la información que proporcioné como fundamento de esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Colaboraré en este asunto con el Departamento de Servicios Humanos y con la oficina local de Manutención Infantil. Además, juro o afirmo que leí esta afirmación y reconocimiento. Declaro que la entiendo totalmente y que estoy de acuerdo con los términos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*El personal del TDHS debe chequear la sección "Forms" del intranet para asegurar el uso de versiones actuales. No se pueden alterar los formularios sin previa aprobación*

Distribución: Oficina local de manutención infantil (original)  
HS-2912SP (Rev. 08-18)