|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DSS-EA-231 03/09 |  | SECCIÓN 3 | Nombre del Caso: |       |
|  |  |  | Número del Caso: |       |
| RECOMENDACIÓN PARA HACER CUMPLIR LA MANUTENCIÓN DE MENORES |
| Nombre completo del padre o madre sin la custodia (nombre, segundo nombre, apellido);      | Número de Seguro Social del padre o de la madre sin la custodia:      |
| Otros nombres que ha utilizado el padre o la madre sin la custodia (Alias, apellido de soltera, apellido de casada):      |
| Nombre de los niños que viven con usted, que son hijos del padre sin la custodia:  |  | Indique la ciudad y estado donde nació el niño |  |  | **¿Estaban los padres casados al momento del nacimiento del niño?** |
| Nombre: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | [ ]  Sí [ ]  No |
| **(Si es necesario utilice una hoja de papel adicional)** |
|  |
| Domicilio más reciente del padre o de la madre sin la custodia (calle/# de buzón): |       |
| Ciudad: |       | Estado |       | Código postal |       | Teléfono: |       |
| Otros estados donde ha residido el padre o madre sin la custodia: |       |
| Los padres del niño o niños han estado: | Nunca casados [ ]  Separados [ ]  Casados [ ]  Divorciados [ ]  En espera del divorcio [ ]  Fallecidos [ ]  No se sabe [ ]  |
| Si están o estuvieron casados: Fecha de la boda FeDateFmarriage: City |       |  |  Lugar de la boda: Ciudad  |       |  | Estado: |       |  |  |
| Si los padres del niño o de los niños se han divorciado o nunca estuvieron casados, en la actualidad, ¿Está uno de los padres casado con otra persona? [ ]  Sí [ ]  No |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿Con quién? |       |
| Se ha establecido la paternidad por medio de: ¿Declaración jurada de paternidad? [ ]  Sí [ ]  No | ¿Prueba genética? [ ]  Sí [ ]  No  | ¿Mandato judicial?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Si se firmó la declaración de paternidad: En cuál estado |        | **Si tiene, proporcione una copia de la declaración jurada de paternidad o prueba genética.** |
| Si fue establecido por mandato judicial: Fecha del mandato |        | Condado       |       | Estado  **Please provide a copy of the order.** |       | **Proporcione una copia del mandato judicial.** |
| ¿Se ha exigido al padre sin custodia que pague manutención?  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Si la respuesta es afirmativa, cual es la fecha del mandato judicial: |       | Condado       |       | Estado |        |
| Cantidad mensual obligatoria de manutención  | $ | ¿Está él o ella actualmente pagando la manutención? [ ]  Sí [ ]  No |
| La manutención se paga a: |  Secretaria(o) del tribunal [ ]  Usted  [ ]  Agencia de manutención de menores [ ]    Otro, explique: [ ]  |  |
| ¿Tiene copia del mandato judicial?  [ ]  Sí [ ]  No  **Si la respuesta es afirmativa, proporciona una copia de dicho mandato.** |
|  |
| INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA |
| Descripción física: | Sexo: [ ]  M o [ ]  F | Raza: |       | Estatura: |       | Peso: |       | Color de ojos: |       | Color de cabello: |       |
| Fecha de nacimiento:       |  | si se desconoce, de el dato que se sabe | Mes: |       | Día: |       | Año: |        | Edad aproximada:  |       |  |
| Lugar de nacimiento: |        | Estado:  |       |
| Empleo actual: |       | Teléfono: |       |
| Dirección del trabajo: |       | Ciudad: |       | Estado: |       |
| ¿Está el padre sin la custodia en la fuerza armada? [ ]  Sí [ ]  No Activo [ ]  Jubilado [ ]  Dado de baja [ ]  Reserva militar inactiva [ ]  |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿Cual división?: La Armada [ ]  La Marina [ ]  La Fuerza Aérea [ ]  La Infantería de marina [ ]  La Guardia Nacional [ ]  La Guardia Costera [ ]  |
| ¿Jubilado o pensionado? [ ]  Sí [ ]  No | Origen: |       | Cantidad mensual: $ |       |
| ¿Está él o ella discapacitado?  [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es afirmativa, él o ella recibe beneficios de veterano [ ]  Sí [ ]  No | Pago de incapacidad [ ]  Sí [ ]  No |  |
|  | Seguridad de ingreso suplementario (SSI)  [ ]  Sí [ ]  No Cantidad mensual $: |       |
| ¿En la actualidad está el padre sin la custodia en prisión o la cárcel? [ ]  Sí [ ]  No  | Si la respuesta es afirmativa, Ciudad  |       | Estado:  |       |
|  ¿Ha estado anteriormente encarcelado(a) o recluso(a)?: [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es afirmativa, Ciudad:  |       | Estado:       |  |
| Proporcione el nombre completo de los padres del padre sin custodia, incluyendo el apellido de soltera de la madre (aunque haya fallecido): |  |
| Nombre del padre: |       | ¿Fallecido?   [ ]  Sí [ ]  No |
| Nombre de la madre: |       | Apellido de soltera: |       | ¿Fallecida?   [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Debe el padre sin custodia manutención de otros niños aparte de los mencionados anteriormente?   [ ]  Sí [ ]  No |  |  |  |
| Si la respuesta es afirmativa, nombre del (los) niño(s): |       |
| Nombre del tutor con quien está viviendo el (los) niño (s): |       | ¿Dónde? |       |
|  |

## INFORMACIÓN DEL TUTOR

|  |
| --- |
|  |
| ¿Usted o los niños por los cuales usted está solicitando han recibido anteriormente el beneficio de ayuda económica en efectivo (AFDC/TANF)?  [ ]  Sí [ ]  No |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿Dónde? |       | ¿Cuándo? |       |  ¿A nombre de quién? |       |
| ¿Cuál es su estado civil actual? |       | Número de teléfono en casa |       |  Número de teléfono del trabajo |       |
|  |

## ACUERDO PARA COOPERAR CON EL DEPARTAMENTO DE MANUTENCIÓN DE MENORES

Admito que al firmar la solicitud para recibir ayuda económica temporal para familias necesitadas (TANF), automáticamente cedo y transfiero todos los derechos de manutención del menor o cónyuge al Estado de Dakota del Sur. Esta cesión de derechos automática se hace de acuerdo con la ley codificada 28-7A-7 y/o 28-6-7.1, del Estado de Dakota del Sur, bajo los mandatos y condiciones de la Parte A de la sección lV y/o de acuerdo a la enmienda a la ley de Seguro Social del año1912.

**TANF**: Admito que al firmar la solicitud para recibir ayuda económica temporal para familias necesitadas (TANF), automáticamente cedo y transfiero todos los derechos de manutención del menor o cónyuge al Estado de Dakota del Sur. Esta cesión de derechos automática se hace de acuerdo con la ley codificada 28-7A-7 y/o 28-6-7.1, del Estado de Dakota del Sur, bajo los mandatos y condiciones de la Parte A de la sección lV y/o de acuerdo a la enmienda a la ley de Seguro Social del año1912. Entiendo que la cesión al pago atrasado y actual de la manutención de menores o del cónyuge deberá ser efectiva en cuanto reciba un pago de TANF y terminará respecto a los derechos de manutención actuales después de cerrar mi caso TANF. Posteriormente, deberá quedar en efecto con respecto a la cantidad de manutención sin pagar que se ha acumulado bajo tal cesión. Entiendo que debo cooperar de la mejor forma posible con el Departamento de Manutención de Menores (DCS, por sus siglas en inglés) con los esfuerzos para garantizar y cobrar la manutención del menor y cónyuge, y para establecer paternidad cuando sea necesario, incluyendo el proporcionar información, llenar los formularios del DCS y comparecer ante el tribunal. Entiendo que la falta de cooperación en cualquiera de los aspectos podría resultar en el cierre de mi caso TANF.

**Servicio Médico**: Admito que al firmar la solicitud para recibir beneficios de servicios médicos, automáticamente he cedido y transferido todos los derecho de ayuda médica al Estado de Dakota del Sur. Esta cesión de derechos automática se hace de acuerdo con la ley codificada 28-6-7.1 del Estado de Dakota del Sur, bajo los mandatos y condiciones de acuerdo a la enmienda a la ley de Seguro Social del año1912. Entiendo que la cesión deberá ser efectiva en cuanto se apruebe la cobertura de servicios médicos y terminará respecto al derecho actual de manutención, después que se dé por terminado la cobertura del servicio médico. Entiendo que debo cooperar de la mejor manera posible con el Departamento de Manutención de Menores (DCS) en los esfuerzos de obtener y poner en vigor la ayuda de servicios médicos para el niño(s) que recibe(n) dicha ayuda. Bajo la ley estatal, la ayuda del servicio médico está incluida en el acuerdo obligatorio de manutención mensual. Por lo tanto, entiendo que el establecimiento de la paternidad y la manutención mensual obligatoria pude ser necesaria para obtener el beneficio que cubre los servicios médicos. Tengo entendido que si estoy recibiendo directamente el pago de manutención por parte del padre sin custodia, puedo continuar recibiéndolo directamente si notifico inmediatamente al departamento DCS después de la aprobación de los beneficios de servicios médicos. Entiendo que la falta de cooperación en cualquiera de los aspectos podría resultar en la cancelación del servicio de ayuda médica para uno o más de los adultos miembros de la familia.

**Número de Seguro Social**: La información de su caso se puede discutir o proporcionar al Estado, al Departamento de Manutención de Menores, a otras agencias públicas que legalmente puedan recibir dicha información, al otro padre o al abogado de dicho padre. El departamento de Manutención de Menores está obligado bajo la ley del Seguro Social, artículo 466(a) (13), que incluya los expedientes de manutención del menor, el número de seguro social de cualquier individuo que está sujeto a un decreto de divorcio, orden de manutención o determinación de paternidad o validez legal. La información del número de seguro social es obligatoria y se archivará en la agencia de manutención para localizar a las personas con el propósito de establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención de menores. Para poder inscribir al menor en un seguro médico, se podría exigir proporcionar el número del seguro social y domicilio del menor al otro padre o al empleador.

El Departamento de Asistencia Pública, DCS, es la agencia designada por la ley para ejecutar el cumplimiento del programa de Manutención de Menores; Si alguna acción tomada con relación a la manutención de menores o del cónyuge, por parte de DCS es referida al Fiscal del Estado, Asistente del Fiscal del Estado o al Fiscal del Ministerio de justicia actuando bajo un acuerdo cooperativo, entiendo y acepto los siguientes factores relacionados a los servicios realizados por el abogado:

El abogado representa al Estado de Dakota del Sur y su responsabilidad primordial es proteger el interés del Estado en el asunto y no existe ningún tipo de relación entre el abogado y cliente, entre el abogado y mi persona.

Si los respectivos intereses del Estado y míos difieren o están en conflicto, podría ser necesario representar mis propios intereses por separado y verme en la obligación de contratar mi propio abogado;

Si me rehúso a cooperar con el Estado, dicha negativa no prohíbe que el Estado proceda con dicha acción.

Se exige contestar totalmente el formulario de cumplimiento de manutención de menores, si no sabe la respuesta, escriba no sé; si la pregunta no aplica a su situación, escriba no aplica(N/A). Devuelva el formulario lleno al especialista de prestaciones. La información proporcionada puede afectar la prioridad que DCS dé a su caso, debe llenar un formulario por cada padre de cada niño para quien usted está solicitando la asistencia.

Declaro bajo pena de perjurio que lo expuesto es correcto y verdadero.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del especialista de prestaciones |  |  Firma del solicitante o del beneficiario (Firma en presencia del especialista de prestaciones) |
| Fecha:       |  | Fecha:       |