

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE SUSTENTO AL NIÑO

DCSS 0373 SPA (03/19/08)

El procesamiento de su caso depende de la información que brinde en este formulario. Por favor brinde tanta información como sea posible. Responda cada pregunta en forma completa. Si no conoce la respuesta, escriba "DESCONOCIDO." Si la pregunta no es aplicable, escriba "N/A."

Antes de comenzar, por favor lea el Manual de Sustento al Niño. Este libro explica los servicios disponibles a través de la agencia de sustento al niño local. Además, lea el Anuncio del Programa de Servicios de Sustento al Niño. Esta notificación explica sus responsabilidades para con la agencia local de sustento al niño y la responsabilidad de la agencia local de sustento al niño tiene con usted. Los abogados locales de sustento al niño ni el Fiscal General ni ninguno de sus representantes son sus abogados o los abogados del/de los niño/s.

Por favor complete todos los formularios en TINTA NEGRA y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA clara.

### DATOS ACERCA DE LA PARTE QUE POSEE LA PATRIA POTESTAD O TUTOR Y NIÑO/S

Esta sección trata acerca de la persona o parte que tiene la patria potestad primaria del/de los niño/s. Por favor complete toda la sección. Si usted es la parte que posee la patria potestad, asegúrese de detallar un número de teléfono donde podamos ubicarlo durante el día.

Si los niños nombrados en la solicitud tienen padres que no poseen la patria potestad diferentes, tiene que completar una solicitud separada para cada padre. Si necesita espacio adicional para cualquier sección, adjunte una hoja o utilice la Sección Comentarios al final de la primera página. Por favor enumere a todo/s los niño/s de los padres nombrados para los cuales se solicitan servicios de sustento al niño. Detalle el nombre completo de cada niño, incluyendo nombre de pila, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.).

Hay algunas preguntas en esta sección relativas para determinar el padre biológico del/de los niño/s nombrados en la solicitud. Una de ellas pregunta si se ha firmado una Declaración de Paternidad. La Declaración de Paternidad es un formulario legal que, una vez firmado (por lo general en el hospital o clínica) por ambos padres, dice que el hombre es el padre legal. La firma y el envío del formulario al Departamento de Servicios de Sustento al Niño establece legalmente que el hombre es el padre del niño sin tener que llevar el caso ante un tribunal.

Una segunda pregunta se realiza acerca de si se ha obtenido una Sentencia de Paternidad. Una Sentencia de Paternidad es un fallo de un tribunal que, por medio de un proceso legal, determina el padre biológico del/de los niño/s. Es necesario determinar el padre biológico del niño antes que el tribunal pueda asignar sustento al niño.

**Comentarios:** Puede utilizar esta sección si necesita espacio extra, o agregue información adicional que piense que pueda ayudarnos a establecer o poner en vigencia una asignación para el/los niño/s. Puede incluir información acerca del temperamento de la otra persona, información acerca de si poseen rifles o pistolas, de si lo han amenazado a usted o a el/los niño/s, etc.

### DATOS ACERCA DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD

Si usted posee la Patria Potestad, esta sección podrá requerirle que busque en sus archivos algún dato solicitado. Cuanta mayor información tengamos en esta sección, mejor y más rápido podremos ayudarlo/a.

De ser posible, por favor provea el/los Número/s de Seguro Social del padre que no posee la patria potestad. Si no conoce la fecha exacta de nacimiento, detalle la edad aproximada. Por favor provea toda y cualquier información financiera acerca del padre que no posee la patria potestad. Agregue páginas adicionales si se necesitan o utilice la Sección Comentarios en la primera página.

Si usted es el padre que no posee la patria potestad, asegúrese de detallar un número de teléfono donde pueda ser contactado durante el día.

### FIRMA DEL SOLICITANTE

No podremos iniciar este caso sin su firma. Su firma indica que ha contestado las preguntas de la solicitud lo mejor que pudo y que desea abrir este caso. También indica que ha leído la información detallada anteriormente atentamente.

Página en blanco

# SOLICITUD SIMPLIFICADA DE SERVICIOS DE SUSTENTO AL NIÑO

DCSS 0373 SPA (03/19/08)

NOMBRE DEL SOLICITANTE (PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO)	SOY: <input type="checkbox"/> PARTE CON PATRIA POTESTAD <input type="checkbox"/> PADRE SIN PATRIA POTESTAD  NOTA: El padre que posee la patria potestad es la persona o padre que posee la patria potestad primaria del menor.
---	--

## DATOS ACERCA DE LA PARTE QUE POSEE LA PATRIA POTESTAD O TUTOR Y NIÑO/S

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE TELÉFONO CASA: TRABAJO: CELULAR:	HORARIO MÁS CONVENIENTE PARA SER UBICADO <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
NOMBRE DE SOLTERA (SI APLICA)	RELACIÓN CON EL/LOS NIÑO/S <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	OTRO (ESPECIFIQUE)	NÚMERO MÁS CONVENIENTE PARA SER CONTACTADO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL		DIRECCIÓN ( CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	
		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

**El padre que posee la patria potestad ¿vive con el que no la tiene?**  SÍ  NO (Si la respuesta es "NO" especifique la fecha y la dirección del último lugar en donde vivieron juntos)

FECHA	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)						
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	DETALLE FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA	LUGAR DE NACIMIENTO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
NOMBRE DEL EMPLEADOR ACTUAL – SI NO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE TRABAJANDO, ESCRIBA "DESEMPLEADO" AQUÍ				TÍTULO DEL PUESTO U OCUPACIÓN		GANANCIA BRUTA MENSUAL \$	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)				¿TIENE DISPONIBLE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR O AMIGO	
<b>Fecha y lugar de matrimonio (si nunca se casó, tilde "Ninguno")</b>				<b>Fecha y lugar de divorcio (si no se ha divorciado, tilde "Ninguno")</b>			
FECHA DE CASAMIENTO CON EL PADRE QUE NO TIENE LA PATRIA POTESTAD	CONDADO	ESTADO	<input type="checkbox"/> NINGUNO	FECHA DE DIVORCIO	CONDADO	ESTADO	<input type="checkbox"/> NINGUNO

**Si los padres NO estaban casados, por favor responda las preguntas 1-5 más abajo.**

1. El padre que no posee la patria potestad, ¿vivió alguna vez en California?.....  SÍ  NO Si la respuesta es "Sí", ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
2. El padre que no posee la patria potestad, ¿trabajó alguna vez en California?.....  SÍ  NO Si la respuesta es "Sí", ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué estado fue/fueron el/los niño/s concebido/s?  
(Utilice un número para cada uno de los niños enumerados a continuación..... Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_
4. ¿Se firmó alguna Declaración de Paternidad en algún hospital u organización de California?.....  SÍ  NO  NO SÉ Si la respuesta es "Sí", ¿Dónde? \_\_\_\_\_
5. ¿Se dictó alguna Sentencia de Paternidad?.....  SÍ  NO  NO SÉ Si la respuesta es "Sí", ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**¿Se han provisto servicios por medio de otra organización de sustento al niño ? (Si la respuesta es "SI", por favor detalle la fecha, la ciudad y el estado)**

FECHA DE SERVICIOS Desde:                      Hasta:	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE RECIBIERON LOS SERVICIOS	EL MENOR, ¿HA RECIBIDO AYUDA EN EFECTIVO? (ASISTENCIA PÚBLICA) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

**El padre que no posee la patria potestad, ¿tiene que suministrar sustento al niño para el/los niño/s detallado/s a continuación por orden del tribunal?**

SÍ  NO  PENDIENTE

ORDEN JUDICIAL #	CANTIDAD DE ASIGNACIÓN OTORGADA POR EL ESTADO \$ _____ <input type="checkbox"/> POR SEMANA <input type="checkbox"/> POR MES	FECHA DE ASIGNACIÓN	CONDADO	ESTADO
------------------	--	---------------------	---------	--------

**Enumere los nombres completos de los niños menores de este padre que no posee la patria potestad (Si el niño aún no ha nacido, escriba "no nacido" y la fecha posible de nacimiento (Se necesita una solicitud aparte para niños de otro padre sin patria potestad).**

SI EL NIÑO AÚN NO HA NACIDO, ESCRIBA AQUÍ "NO NACIDO"			FECHA POSIBLE DE NACIMIENTO DEL/DE LOS NIÑO/S NO NACIDO/S			
NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NIÑO/S QUE VIVE/N CON USTED	
1.					<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2.					<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3.					<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.					<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**Enumere los nombres completos de otro/s niño/s menor/es NO relacionado/s con este padre que no posee la patria potestad.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NIÑO/S QUE VIVE/N CON USTED	
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**COMENTARIOS (Por favor, adjunte una hoja separada si necesita espacio adicional)**

**DATOS ACERCA DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD**

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE)				NÚMERO DE TELÉFONO: HOGAR: TRABAJO: CELULAR: OTRO (ESPECIFIQUE)	
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (SI APLICA)		RELACIÓN CON EL/LOS NIÑO/S			
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL		<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE			
OTROS NOMBRES O SOBRENOMBRES DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)				<input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> ACTUAL DESDE (FECHA)	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	DETALLE FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO

¿Se encuentra actualmente en libertad condicional o bajo palabra?  SÍ  NO

¿Se encuentra actualmente en la cárcel o en prisión?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", suministre la información requerida a continuación:

FECHA	AGENCIA	CIUDAD	ESTADO	DELITO (MOTIVO)
-------	---------	--------	--------	-----------------

¿Es el padre que no posee la patria potestad un ciudadano estadounidense?  SÍ  NO Si la respuesta es "NO", detalle aquí la ciudadanía:

DESCRIPCIÓN FÍSICA: (POR FAVOR, PRESENTE UNA FOTO)

RAZA	COMPLEJIÓN	IDIOMA PRINCIPAL
CABELLO	ESTATURA	RASGOS CARACTERÍSTICOS (MARCAS, CICATRICES, TATUAJES, ETC.)
OJOS	PESO	

NOMBRE DEL EMPLEADOR ACTUAL (SI NO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE TRABAJANDO, ESCRIBA "DESEMPLEADO")	<input type="checkbox"/> ACTUAL	¿TIENE DISPONIBLE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	GANANCIA BRUTA MENSUAL \$
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	<input type="checkbox"/> ACTUAL DESDE (FECHA)		

Si está desempleado o no se conoce el empleador actual, detalle el nombre, dirección y número de teléfono del último empleo conocido a continuación

NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NRO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
-----------------------------	--	---

OCUPACIÓN HABITUAL, RUBRO, TÍTULO DEL PUESTO O HABILIDADES	SIRVE EN LAS FUERZAS ARMADAS ACTIVAMENTE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿EN QUE SERVICIO?
--	--

¿ES EL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD MIEMBRO DE UN SINDICATO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y NRO. DEL SINDICATO	DIRECCIÓN DEL SINDICATO (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)
--	-----------------------------	---

SI TRABAJA EN FORMA INDEPENDIENTE, ¿CÓMO SE LLAMA EL NEGOCIO?	GANANCIA BRUTA MENSUAL \$
¿ES TRABAJADOR CONSTANTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "NO", EXPLIQUE:	

Enumere otras fuentes de ingresos o activos. (Por ejemplo, beneficios por Veterano, Discapacidad del Seguro Social, intereses, dividendos, fideicomisos, vehículos, barcos, propiedades, etc. Adjunte una hoja si fuese necesario).

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	DIRECCIÓN DE LA MADRE (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA MADRE
NOMBRE DEL PADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	DIRECCIÓN DEL PADRE (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE

Nombre y dirección del cónyuge actual, amigo o familiar.

NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	----------	---	--------------------

¿Existe un régimen de visitas a los niños?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuántas veces por mes?

¿Tiene la obligación de suministrar sustento al niño a algún otro niño?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", por favor, detalle la cantidad: \$

¿Hay algún otro menor/es en el hogar?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuántos menores?

Estado civil actual:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Vivo con otra persona

Solicito los servicios del Departamento de Servicios de Sustento al Niño para que colaboren conmigo en lo siguiente: (Marque en las casillas que apliquen)

<input type="checkbox"/> Establecer paternidad	<input type="checkbox"/> Modificar una asignación de sustento al niño existente	<input type="checkbox"/> No se necesita cumplir con seguro medico en esta oportunidad. Los niños poseen una cobertura de seguro de salud del: <input type="checkbox"/> Padre que posee la Patria Potestad <input type="checkbox"/> Padre que no posee la Patria Potestad
<input type="checkbox"/> Obtener una asignación de sustento al niño	<input type="checkbox"/> Obtener una asignación para seguro médico	
<input type="checkbox"/> Poner en vigencia una asignación de sustento al niño y de cónyuge (incluso si está vencida)	<input type="checkbox"/> Poner en vigencia una asignación para seguro médico existente	

Solicito los servicios de sustento del Programa de Sustento al Niño del Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Declaro bajo pena de perjurio (Código Penal, Sección 118) que he examinado este cuestionario y que dentro de mi conocimiento es verdadero y correcto.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------