



INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL Y CANALIZACIÓN

ESTA SECCIÓN LA LLENA EL PERSONAL DE PRESERVACIÓN DE INGRESOS

APPLICANT'S DEPARTMENTAL CLIENT NUMBER (DCN)

TEMPORARY ASSISTANCE

MEDICAID-ONLY

ESTA SECCIÓN LA LLENA EL SOLICITANTE

LLENE TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO INCLUSO SI YA HA PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN ANTERIORMENTE. ESTE FORMULARIO SOLICITA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA INTERVENIR EN SU CASO DE MANUTENCIÓN INFANTIL.

EL SOLICITANTE ES (parentesco con el menor) ▶ LA MADRE EL PADRE UN ABUELO

OTRO _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR O EL PADRE CON CUSTODIA

NOMBRE (APELLIDOS)

(NOMBRE)

(SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE)

(CIUDAD)

(ESTADO)

(CÓDIGO POSTAL)

TELÉFONO DE CASA (CON CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO CELULAR (CON CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO DE TRABAJO (CON CÓDIGO DE ÁREA)

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

RAZA

SEXO

INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA O DEL PRESUNTO PADRE

NOMBRE (APELLIDOS)

(NOMBRE)

(SEGUNDO NOMBRE)

ALIAS

DIRECCIÓN (LA ACTUAL O LA ÚLTIMA CONOCIDA)

(CIUDAD)

(ESTADO)

(CÓDIGO POSTAL)

FECHA DE LA ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA

TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO CELULAR (CON CÓDIGO DE ÁREA)

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO)

RAZA

SEXO

HIJO (O HIJOS) DEL PADRE CON CUSTODIA Y DEL PADRE SIN CUSTODIA O DEL PRESUNTO PADRE

DCN O SSN DEL MENOR	NOMBRE (APELLIDOS, NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	CONDADO/EDO. DE NACIMIENTO	RAZA	SEXO

SI EL MENOR NACIÓ FUERA DEL ESTADO, DE SER POSIBLE, ANEXE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO.

INFORMACIÓN SOBRE ESTADO CIVIL Y DEL TRIBUNAL

LOS PADRES DEL/LOS MENOR/ES ESTÁN: CASADOS NUNCA SE CASARON SOLICITARON EL DIVORCIO
 DIVORCIADOS

SI LOS PADRES ESTÁN O ESTUVIERON CASADOS, INDIQUE LO SIGUIENTE SOBRE EL MATRIMONIO:



FECHA

UBICACIÓN (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)

SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS O SOLICITARON DIVORCIO, INDIQUE LO SIGUIENTE SOBRE EL DIVORCIO:



FECHA

UBICACIÓN (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)

¿EL PADRE CON CUSTODIA DEL/LOS MENOR/ES VIVIÓ FUERA DE MISSOURI DESPUÉS DE QUE EL/LOS MENOR/ES NACIÓ/NACIERON? SÍ NO NO SE SABE

SI RESPONDIÓ 'SÍ': ▶

DÓNDE (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)

CUÁNDO

¿LA MADRE ESTABA CASADA CON OTRO HOMBRE, APARTE DEL PADRE SIN CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE, CUANDO SE EMBARAZÓ O CUANDO EL/LOS MENOR/ES NACIÓ/NACIERON? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE SABE			
SI RESPONDIÓ 'SÍ':	NOMBRE	FECHA DEL MATRIMONIO	
¿LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL FUERON ORDENADOS POR UN TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> SÍ (ANEXE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL ORIGINAL Y DE CUALQUIER MODIFICACIÓN) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE SABE			
SI RESPONDIÓ 'SÍ':	CONDADO Y ESTADO DE LA ORDEN JUDICIAL		FECHA DE LA ORDEN
	NÚMERO DE LA ORDEN	MONTO POR MENOR \$	FRECUENCIA (A LA SEMANA, AL MES, ETC.)
LLENE LO SIGUIENTE SI LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS CUANDO EL/LOS MENOR/ES NACIÓ/NACIERON			
¿ALGÚN TRIBUNAL HA DETERMINADO LA PATERNIDAD LEGAL? <input type="checkbox"/> SÍ (ANEXE COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL) <input type="checkbox"/> NO			
SI RESPONDIÓ 'SÍ':	CONDADO Y ESTADO DE LA ORDEN JUDICIAL	FECHA DE LA ORDEN	NÚMERO DE LA ORDEN
¿EL PRESUNTO PADRE HA ADMITIDO EN ALGÚN DOCUMENTO QUE ES EL PADRE DEL/LOS MENOR/ES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (ANEXE COPIA DEL DOCUMENTO) SI RESPONDIÓ 'SÍ', ¿EN QUÉ ESTADO?			
¿SE HA REALIZADO UN ANÁLISIS DE PATERNIDAD PARA DETERMINAR QUIÉN ES EL PADRE BIOLÓGICO DEL/LOS MENOR/ES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (ANEXE COPIA DE LOS RESULTADOS) SI RESPONDIÓ 'SÍ', ¿EN QUÉ ESTADO?			
¿ES POSIBLE QUE OTRO HOMBRE, APARTE DEL PRESUNTO PADRE, SEA EL PADRE DEL/LOS MENOR/ES? (ANEXE UNA HOJA ADICIONAL EN CASO NECESARIO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SI RESPONDIÓ 'SÍ':	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)
	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)
INFORMACIÓN OCUPACIONAL Y SOCIAL			
¿EL PADRE SIN CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE TIENE EMPLEO ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE SABE			
SI RESPONDIÓ 'SÍ':	NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO (CON CÓDIGO DE ÁREA)
	DIRECCIÓN		HORARIO LABORAL DE _____ A _____
¿CUÁLES SON LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS PADRES DEL PADRE SIN CUSTODIA O EL PRESUNTO PADRE?			
NOMBRE DEL PADRE		DIRECCIÓN DEL PADRE	
NOMBRE DE LA MADRE		(NOMBRE DE SOLTERA)	DIRECCIÓN DE LA MADRE
<p>Por qué solicitamos su número del Seguro Social (SSN): Necesitamos <i>su</i> SSN y el de <i>su(s) hijo(s)</i>. Los SSN se utilizarán para localizar individuos con el fin de determinar la paternidad y fijar, modificar y hacer cumplir obligaciones de manutención. De acuerdo con la Sección 466(a)(13) de la Social Security Act, es obligatorio divulgar estos SSN. También le pedimos que proporcione el SSN del <i>padre sin custodia o el presunto padre</i> en caso de conocerlo. Necesitamos esta información para integrar al otro padre en nuestros registros, formalizar una orden de manutención o hacer cumplir una orden de manutención. Si no proporciona esta información puede haber demoras en los servicios que le brindemos.</p>			
Certifico que toda la información que proporcioné en este formulario es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.			
FIRMA DEL SOLICITANTE			FECHA
ESTA SECCIÓN LA LLENA EL PERSONAL DE PRESERVACIÓN DE INGRESOS			
WORKER'S NAME (PLEASE PRINT)		IM OFFICE	DATE
NOTATIONS OF INCOME MAINTENANCE WORKER			
Envíe el formulario con sus datos a: Family Support Division, PO Box 6790, Jefferson City, MO 65102-6790.			