

ANUNCIO DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SUSTENTO AL NIÑO

DCSS 0064 SPA (02/10/10)

QUÉ PUEDE HACER POR USTED EL MANTENIMIENTO DE HIJOS

Todos los niños tienen derecho a ser mantenidos por ambos padres. Cualquier persona puede solicitar servicios de mantenimiento de hijos, incluyendo el padre sin la custodia, ya sea que él o ella reciba o no asistencia pública. Algunos de los servicios disponibles son:

- localización del/de los padre(s) con el propósito de hacerle(s) cumplir con el mantenimiento de hijos;
- establecimiento de la paternidad (paternidad legal);
- establecimiento de una orden de mantenimiento de hijos y/o de sustento médico (seguro de salud);
- hacer cumplir una orden de mantenimiento de hijos y/o de sustento médico;
- modificar una orden judicial existente de mantenimiento de hijos y/o de sustento médico;
- hacer cumplir una orden de sustento conyugal con una orden de mantenimiento de hijos;
- coleccionar y distribuir los pagos de mantenimiento.

NO SE PROPORCIONAN SERVICIOS DE CUSTODIA NI DE VISITACIÓN.

LA AGENCIA LOCAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS (LCSA por sus siglas en Inglés) PROPORCIONA SERVICIOS EN NOMBRE DEL CONDADO. LA LCSA NO LO REPRESENTA A USTED NI ES SU ABOGADO. DADO QUE USTED NO ES SU CLIENTE, LA LCSA PUEDE PROPORCIONARLE SERVICIOS DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY A USTED O AL OTRO PADRE EN EL FUTURO. LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONA NO ES PRIVILEGIADA NI MANTENIDA EN FORMA CONFIDENCIAL BAJO EL PRIVILEGIO ABOGADO-CLIENTE.

COOPERACIÓN CON EL MANTENIMIENTO DE HIJOS

Cuando usted solicita los servicios, tiene que cooperar con la LCSA proporcionando cualquier información o documentos necesarios para establecer la paternidad o localizar al otro padre y obtener los pagos de mantenimiento para su hijo. A la vez que usted solicita servicios de la LCSA, la agencia determinará las acciones apropiadas que debe tomar. Todos los pagos de mantenimiento deben ser dirigidos a la Unidad de Desembolso del Estado. Si los pagos son dirigidos directamente a usted, tiene que enviar los pagos a la Unidad de Desembolso del Estado.

Cuando solicita o recibe servicios de mantenimiento de hijos, usted es responsable de informar rápidamente a la LCSA acerca de cualquier cambio que pueda afectar su caso o el desempeño de su LCSA. Algunos ejemplos son:

- el niño deja su hogar;
- cambio del número de teléfono o domicilio (incluyendo una mudanza a otro condado, estado o país);
- interrupción de la asistencia pública, tal como el programa Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad Hacia los Niños de California (CalWORKs por sus siglas en inglés);
- cambio de nombre;
- inicio del divorcio u otros procedimientos legales que involucren a su hijo;
- información con respecto a la otra parte;
- recibe directamente cualquier pago por hijo, cónyuge o sustento familiar.

Según el Título 45 del Código Federal de Regulaciones, sección 303.3, para todos los casos remitidos a una agencia local de mantenimiento de hijos o para los cuales una solicitud para servicios se ha recibido, la agencia debe intentar localizar a todos los padres sin custodia o sus fuentes de ingresos y/o bienes cuando sea necesario para la siguiente acción apropiada. Cuando aplique y sea apropiado para su caso(s), la LCSA procurará obtener verificación para la información de la Administración del Seguro Social por medio de un proceso de comparación de datos.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a buscar consejo legal por parte de un abogado privado o por parte de una oficina legal a su propio costo. Si usted contrata un abogado, tiene que avisarle a la LCSA. Para recibir información gratuita y/o asistencia legal, puede contactarse con la Oficina del Facilitador de Derecho Familiar de la Corte Suprema.

Si usted tiene una orden de mantenimiento en el Estado de California, puede solicitarle a la LCSA que revise su orden de mantenimiento para determinar si la cantidad del mantenimiento debe ser modificada en base a las pautas del estado. Si la cantidad no cumple con las pautas para la modificación, al ser solicitada, la LCSA tiene que darle a usted o al otro padre información acerca de cómo obtener los formularios para solicitar a la corte la modificación de la cantidad ordenada. El Facilitador de Derecho Familiar también puede brindarle ayuda de forma gratuita. La LCSA tiene que informarle la fecha, hora y propósito de cada audiencia de paternidad o mantenimiento. Usted tiene el derecho de leer el expediente judicial, a menos que la información esté legalmente prohibida por requisitos de confidencialidad.

Si usted lo solicita, la LCSA puede proporcionarle copias de las órdenes más recientes ingresadas en su archivo de caso. Usted puede dirigirse a la corte para hacer cumplir su orden de mantenimiento, pero tiene que proporcionarle a la LCSA un aviso por anticipado de que usted tiene intenciones de presentar su propia acción para el acatamiento de la ley. Si la LCSA no responde a su aviso dentro de treinta (30) días o si la agencia le informa que usted puede proceder, puede entonces presentar su propia acción en la Corte Suprema, siempre y cuando todo el mantenimiento sea pagado a través de la agencia.

La LCSA tiene que obtener permiso de la persona que no recibe asistencia pública antes de presentar un acuerdo que afecte la orden de mantenimiento en la cual esa persona es nombrada como parte. La LCSA no puede, sin el consentimiento del recipiente de asistencia pública, entrar en una estipulación que reduzca la cantidad de mantenimiento vencido, si la cantidad vencida es mayor que la asistencia pública. Si usted no está recibiendo asistencia pública, los pagos que recibe el estado son aplicados en la siguiente orden:

1. Mantenimiento mensual
2. Intereses
3. Mantenimiento atrasado o vencido
4. Obligaciones futuras

Los reembolsos del Impuesto Federal que le pertenecen al padre sin la custodia pueden ser interceptados por medio de la LCSA y son aplicados en forma diferente a otros pagos. De acuerdo a la ley federal, este dinero no puede ser aplicado a obligaciones mensuales de mantenimiento. Estos tienen que ser aplicados al mantenimiento atrasado. Si la parte que tiene la custodia ha recibido asistencia pública, incluyendo Medi-Cal, la cantidad atrasada de mantenimiento adeudada al gobierno será pagada primero.

Todos los casos que son elegibles para el reembolso del Impuesto Federal, son también elegibles para compensaciones administrativas. Estos incluyen pagos tanto recurrentes como no recurrentes. Los pagos recurrentes son pagos que son emitidos en forma regular, rutinaria o repetida. Un pago que no es recurrente es emitido una vez y no se espera que se repita, como por ejemplo un pago global de retiro.

Los pagos Federales actualmente incluidos en compensaciones administrativas son: pagos de retiro federal, pagos de vendedor y pagos diversos (es decir, pagos de reembolsos de gastos y pagos de viajes).

Las compensaciones administrativas y las compensaciones de reembolso de Impuestos Federales son permitidas por el Código 31 de los Estados Unidos, Sección 3716, el Código 42 de los Estados Unidos, Sección 664, Código 26 de los Estados Unidos, Sección 6402 y el Código 45 de las Regulaciones Federales, Sección 303.72.

El reembolso de impuestos del estado y los premios de lotería adeudados al padre que no tiene la custodia también pueden ser interceptados por medio de la LCSA y son aplicados de acuerdo a las regulaciones de distribución del Programa de Mantenimiento de Hijos (Manual de Política y Procedimientos, Secciones 12-415 y 12-420). La interceptación de los reembolsos de impuestos del estado y, el cobro de los premios de lotería son aplicados al sustento mensual y luego a pagos atrasados incluyendo sustento médico.

De acuerdo con el Acto Federal de Reducción de Déficit del 2005, el Departamento de Servicios de Manutención de Menores puede cobrarle \$25 dólares por servicios en cada caso en el cual nunca haya recibido asistencia pública. Este cargo será colectado cada año, el primero de Octubre por cada caso en que por lo menos \$500 dólares han sido desembolsados a la familia el Año Fiscal Federal anterior, (Octubre 1 - Septiembre 30). El cargo será deducido automáticamente del próximo pago(s) distribuido a la parte que tiene custodia después de Octubre primero hasta que los cargos estén recuperados por completo.

ADICIONALMENTE ALGUNOS OTROS ESTADOS COBRAN UN HONORARIO POR LOS SERVICIOS. SI SU CASO INVOLUCRA UNO DE ESOS ESTADOS PUEDEN DEDUCIR DICHO HONORARIO DE SUS PAGOS DE MANTENIMIENTO, O AGREGARLOS AL LA CANTIDAD QUE SE DEBA.

AVISO DE COLECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

La parte que tiene la custodia recibirá un Aviso de Colección y Distribución de pagos de mantenimiento todos los meses. El aviso mostrará todos los pagos que fueron colectados y distribuidos durante el periodo que se muestra en el aviso, y mostrará si el dinero fue aplicado al mantenimiento mensual, o a los pagos atrasados. No se le enviará un Aviso de Colección y Distribución en los meses en que no se haya recibido mantenimiento o realizado algún pago.

SUSTENTO MÉDICO Y MEDI-CAL

Se le puede solicitar a uno de los padres o a ambos que proporcionen un seguro de salud, si el seguro de salud esta disponible a un costo razonable.

En general, el costo de un seguro de salud es razonable si se trata de un seguro de salud grupal relacionado al empleo o a otro seguro grupal. Sin embargo, en la determinación de los costos, la corte también considerará el costo real del seguro de salud para el/los padre(s).

La LCSA le solicitará a la corte que establezca o modifique una orden de mantenimiento de hijos para solicitarle al/a los padre(s) que proporcione(n) un seguro de salud si está disponible a costo razonable. El padre que tiene la custodia puede solicitar a la agencia que modifique la orden para incluir un seguro de salud. Esto puede afectar la cantidad de la obligación mensual de mantenimiento. Si se le ordena al padre que no tiene la custodia que proporcione una cobertura de seguro de salud, la LCSA contactará al padre que no tiene la custodia y a su empleador, de ser necesario, para garantizar el seguro de salud para el niño. Una vez que la LCSA reciba la información de la póliza, esta le será proporcionada al padre que tiene la custodia.

El hecho de tener una cobertura privada de seguro de salud no impide que la parte que tiene la custodia tenga cobertura Medi-Cal. Si la parte que tiene la custodia recibe Medi-Cal y tiene cobertura privada individual o grupal (incluyendo cobertura odontológica y oftalmológica), se requiere por ley federal y estatal que la parte que tiene la custodia le informe al departamento de bienestar del condado (CWD por sus siglas en inglés), al proveedor de atención médica y a la agencia de mantenimiento de hijos. El hecho de no proporcionar esta información es un delito menor. La parte que tiene la custodia tiene que informar al trabajador de CalWORKs a cargo de la elegibilidad y/o a la agencia de mantenimiento de hijos dentro de diez (10) días cuando cambia o se interrumpe la cobertura de salud privada. La parte que tiene la custodia también tiene que informarle al trabajador de CalWORKs a cargo de la elegibilidad y/o a la agencia de mantenimiento de hijos acerca de cualquier orden judicial relacionada al seguro de salud.

Si la parte que tiene la custodia está recibiendo solamente Medi-Cal, tiene que cooperar para establecer la paternidad y para obtener sustento médico como una condición de elegibilidad continua para los beneficios de Medi-Cal, a menos que la parte que tiene la custodia haya hecho una presentación y el CWD haya aprobado un reclamo de "buena causa" (WA 51) por falta de cooperación. Su(s) hijo(s) aun será(n) elegible(s) para Medi-Cal. Además, todos los servicios de mantenimiento de hijos serán proporcionados, a menos que la parte que tiene la custodia informe a la LCSA que él o ella no quiere servicios que no estén relacionados a la obtención de sustento médico y el establecimiento de la paternidad. La obtención de sustento médico puede reducir la cantidad de mantenimiento de hijos ordenado. En los casos donde ambos padres están en el hogar, la LCSA establecerá la paternidad solamente.

Bajo la ley Federal [42 U.S.C. Sección 1396(a) (25)], el seguro de salud que pertenece a un recipiente de Medi-Cal en un caso de mantenimiento de hijos o sustento médico, es utilizado de la siguiente manera.

El proveedor del servicio le cobrará a Medi-Cal. Medi-Cal le pagará al proveedor del servicio. Luego, Medi-Cal buscará el pago de la otra cobertura de seguro de salud. Usted no es responsable por ningún costo de seguro de la cantidad compartida (co-seguro, co-pago o deducible) a menos que se cumpla un co-pago o costo compartido de Medi-Cal. El proveedor puede cobrarle a usted los servicios si usted no coopera en la identificación de su seguro de salud privado. Si su otro seguro de salud es un Plan de Salud Pre Pagado (PHP por sus siglas en inglés) o una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), usted tiene que utilizar las instalaciones del plan para atención médica regular. Excepto para servicios fuera del área o atención de emergencia, Medi-Cal no pagará por los servicios proporcionados por un proveedor que no este asociado con su PHP/HMO. Los servicios fuera del área o atención de emergencia deben ser cobrados al PHP/HMO.

***PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DEL MANTENIMIENTO DE HIJOS,
POR FAVOR CONSULTE SU MANUAL DE MANTENIMIENTO DE HIJOS.***

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Es la política del Estado de California garantizar que todos los individuos sean tratados en forma igual y que ninguna persona en base a su grupo de identificación étnica, raza, color, nacionalidad, afiliación política o credo, religión, sexo, edad o discapacidad sea excluida de participar, o que se le nieguen los beneficios de algún programa o servicio o que de otra manera sea sujeto a tratamiento que sea diferente del que se le proporciona a otras personas.

Cada agencia local de mantenimiento de hijos tiene un Coordinador de Derechos Civiles designado. Cualquier solicitante/destinatario que crea que ha sido sujeto a tratamiento discriminatorio puede presentar una queja de discriminación contactándose primero con el Coordinador de Derecho Civil designado en la agencia local de mantenimiento de hijos a través de Centro Estatal de Apoyo de Servicios al Cliente (CSSC por sus siglas en inglés) o por escrito al Departamento de Servicios de Manutención de Menores de California, Atención: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064 o llamando al (866) 901-3216.

INFORMACIÓN SOBRE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS Y DESACUERDOS - AUDIENCIA ESTATAL

DERECHO A RESOLUCIÓN DE RECLAMOS Y DESACUERDOS:

- Si tiene una queja sobre una agencia local de mantenimiento de hijos, por cualquier acción o inacción en relación a su caso, usted tiene derecho a solicitarle, a su agencia local de mantenimiento de hijos, una resolución a su queja.
- Usted puede presentar una queja por escrito o puede llamar a la agencia local de mantenimiento de hijos.
- **IMPORTANTE: Su solicitud para la resolución de su queja tiene que presentarse en un plazo de 90 días, a partir de la fecha en que conoció, o debió haber conocido, de su queja.**
- La agencia local de mantenimiento de hijos tiene 30 días, a partir de la fecha en que reciba su queja, para darle una resolución por escrito, a menos que la agencia local de mantenimiento de hijos necesite más información o tiempo para resolver su queja. La agencia local de mantenimiento de hijos estará en contacto con usted, si necesita más información o tiempo para resolver su queja.

DERECHO A UNA AUDIENCIA ESTATAL:

- Si la agencia local de mantenimiento de hijos **no** le responde en un plazo de 30 días, a partir de la fecha en que reciba su queja, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal ante un Juez de Leyes Administrativas.
IMPORTANTE: Su solicitud para una Audiencia Estatal tiene que presentarse en un plazo de 90 días, a partir de la fecha en que se quejó a la agencia local de mantenimiento de hijos.
- Si la agencia local de mantenimiento de hijos le responde en un plazo de 30 días, a partir de la fecha en que presentó su queja, y usted no está satisfecho/a con la resolución o la respuesta de la agencia local de mantenimiento de hijos, usted tiene el derecho a solicitar una Audiencia Estatal ante un Juez de Leyes Administrativas.
IMPORTANTE: Su solicitud para una Audiencia Estatal tiene que presentarse en un plazo de 90 días, a partir de la fecha en que recibió, por escrito, la respuesta a su queja de la agencia local de mantenimiento de hijos.
- Usted puede solicitar una Audiencia Estatal, por escrito, enviando un formulario de Solicitud para una Audiencia Estatal al la Oficina de Audiencia Estatales, o puede llamar gratuitamente a la Oficina de Audiencia Estatales, al 1-866-289-7414.
- La Oficina de Audiencia Estatales le informará la fecha, hora y lugar de su Audiencia Estatal.
- Si usted lo necesita, la Oficina de Audiencia Estatales le proporcionará un intérprete o servicios para incapacitados durante la audiencia.
- **IMPORTANTE: No todas la quejas pueden escucharse en una Audiencia Estatal.**

Las Audiencias Estatales solamente se concederán para los siguientes asuntos:

- Si una solicitud de mantenimiento de hijos se ha negado, o no se actuado sobre ella.
- Si el caso de servicios de mantenimiento de hijos se ha actuado en violación de una ley o norma federal o estatal, o una regulación del Departamento de California de Mantenimiento de Hijos, incluyendo los servicios para el establecimiento, la modificación o la ejecución de órdenes y cuentas de mantenimiento de hijos.
- Si los cobros de Mantenimiento de hijos no se han distribuido, o se han distribuido incorrectamente, o la cantidad de atrasos del mantenimiento de hijos, tal como lo ha calculado la agencia local de mantenimiento de hijos, es incorrecta.
- Si la agencia local de mantenimiento de hijos, decidió cerrar su caso.

IMPORTANTE: Los siguientes asuntos no pueden escucharse en una Audiencia Estatal.

- Los asuntos de mantenimiento de hijos que tienen que ser presentado por medio de una moción, ordernes para mostrar la causa, o apelación en la corte.
- Una revisión de cualquier orden de la corte, para el mantenimiento de hijos o pagos atrasos.
- Una orden de la corte o una determinación equivalente de paternidad.
- Una orden de la corte para el mantenimiento del cónyugue.
- Determinaciones sobre la visitación de los hijos.
- Determinaciones sobre la patria potestad (custodia) de los hijos.
- Quejas de supuesto trato incorrecto por parte de un/a empleado/a de la agencia local de mantenimiento de hijos, a menos que tal conducta haya resultado en una acción digna de audiencia.

SERVICIOS DEL INTERCEDOR:

- Cada agencia local de mantenimiento de hijos tiene a su disposición un intercedor para ayudarle a lo largo del proceso de la resolución de su queja o su Audiencia Estatal.
- El intercedor puede ayudarle a obtener información en relación a su queja, con el fin de ayudarle a prepararse para su Audiencia Estatal.
- **IMPORTANTE: El intercedor no puede representarle en la Audiencia Estatal, ni darle consejo legal.**

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

DCSS 0373 SPA (07/12/13)

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 la Notificación de Cumplimiento del Programa 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 (07/12/13)

SOY: PARTE CON PATRIA POTESTAD 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.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO)

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

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE)		MIEMBRO DE LA TRIBU <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA TRIBU	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)		NÚMERO DE TELÉFONO CASA: TRABAJO: CELULAR:	NÚMERO MÁS CONVENIENTE PARA SER CONTACTADO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO
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	

Fecha y lugar de matrimonio (si nunca se casó, tñlde "Ninguno")				Fecha y lugar de divorcio (si no se ha divorciado, tñlde "Ninguno")			
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.

- El padre que no posee la patria potestad, ¿vivió alguna vez en California? SÍ NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
- El padre que no posee la patria potestad, ¿trabajó alguna vez en California? SÍ NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
- ¿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 ____
- ¿Se firmó alguna Declaración de Paternidad en algún hospital u organización de California? SÍ NO NO SÉ Si la respuesta es "SÍ", ¿Dónde? _____
- ¿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)			MIEMBRO DE LA TRIBU <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA TRIBU	
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (SI APLICA)			RELACIÓN CON EL/LOS NIÑO/S <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE		NÚMERO DE TELÉFONO: HOGAR: TRABAJO: CELULAR:
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
OTROS NOMBRES O SOBRENOMBRES DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD			DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)		
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	COMPLEXIÓN	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 <input type="checkbox"/> ACTUAL DESDE (FECHA)	¿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)			

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"/> Obtener una asignación de sustento al niño	<input type="checkbox"/> Obtener una asignación para seguro médico	<input type="checkbox"/> Padre que posee la Patria Potestad
<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	<input type="checkbox"/> Padre que no posee la Patria Potestad

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
-----------------------	-------

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

NOMBRE DEL CASO

Por favor complete este formulario de la mejor forma que pueda.**Declaración de Privacidad**

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Sección del Código Civil 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) exige que se proporcione este aviso cuando se recolecta información personal de los individuos. La información solicitada en este formulario, incluyendo su Número de Seguro Social es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño (DCSS por sus siglas en inglés) para el propósito de identificación y comunicación con usted. Se le exige al DCSS, bajo la Sección 466(a)(13) de la Ley de Seguro Social, que recolecte el Número de Seguro Social de cualquier individuo que esté sujeto a una sentencia de divorcio, a una orden de sustento, o a una determinación o reconocimiento de paternidad. La información del Número de Seguro Social es obligatoria y será conservada en archivo en la agencia local de sustento al niño para ubicar e identificar a los individuos y a los bienes para el propósito de establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones de sustento al niño. La inscripción de un niño en el seguro de salud puede requerir que se dé a conocer el Número de Seguro Social del niño y el domicilio de correo al empleador del otro padre o que se dé a conocer el Número de Seguro Social del niño al otro padre. La información en su caso puede ser discutida con, o proporcionada al Estado, a otras agencias públicas que pueden recibir legalmente dicha información, y al otro padre o su abogado en la medida exigida por la ley.

1. Por favor complete la siguiente información personal para la madre.

Nombre de la Madre		Fecha de Nacimiento de la Madre		
Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social	Número de Teléfono del Hogar	Número de Teléfono del Trabajo	Número de Teléfono para Mensajes	

2. Por favor complete la siguiente información personal para el niño.

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento (o Fecha Esperada)
Lugar de Nacimiento	Número de Seguro Social

3. Por favor complete la siguiente información personal para el padre.

Nombre del Padre		Fecha de Nacimiento		
Último Domicilio Conocido	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Último Número de Teléfono Conocido	Hogar	Trabajo	Mensajes	
Último Empleo Conocido (Tipo, Nombre de la Empresa)				
Domicilio del Último Empleo Conocido				

Descripción Física	Estatura	Peso	Color de Cabello	Color de Ojos	Cutis	Raza
--------------------	----------	------	------------------	---------------	-------	------

4. ¿Existe alguna orden judicial que nombre al padre del niño? **SÍ **NO******De ser así, por favor explique más abajo:**

Nombre de la Corte	Fecha de la Corte	Número de Caso
--------------------	-------------------	----------------

(Nombre del padre si ha sido determinado por la corte y domicilio si es diferente del que figura más arriba) Resultado:

Cantidad concedida de sustento al niño:

Si la corte ha determinado la paternidad, o se ha presentado una Declaración de Paternidad al Estado de California, no se requieren más respuestas. Firme al final del formulario.

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

5. ¿Estaba usted casada cuando quedó embarazada? De ser así, por favor explique más abajo: **Sí** **No**

Nombre del esposo	¿Estaba usted viviendo con su esposo en el momento en que usted quedó embarazada?	Sí	No
-------------------	---	----	----

¿Cuándo se separó usted?	¿Era su esposo impotente o estéril en el momento en que usted quedó embarazada?	Sí	No
--------------------------	---	----	----

Si usted estaba viviendo con su esposo en el momento en que usted quedó embarazada y él no era impotente ni estéril, entonces no se requieren más respuestas, firme más abajo. De no ser así, complete la Parte II luego de firmar más abajo.

6. Comentarios

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma	MM/DD/AAAA
-------	------------

Ejecutado en	Ciudad	Condado	Estado
--------------	--------	---------	--------

Nota: Si usted firmó fuera del Estado de California, este formulario debe ser notariado.

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

Si el padre de su(s) hijo(s) está con usted en su entrevista y reconocerá legalmente la paternidad y cooperará para establecer la paternidad, usted no necesita completar las Partes II y III en este momento.		NOMBRE DEL CASO
1. Nombre de la Madre		
2. Fecha en que usted quedó embarazada		¿Dónde?
¿Por qué cree usted que esta fecha es correcta?		
3. Nombre del padre listado en el certificado de nacimiento.		
Si esta no es la misma persona mencionada en PARTE I, Pregunta 3, por favor explique.		
4. ¿Estuvo el padre de acuerdo con que su nombre fuera utilizado en el certificado de nacimiento de su niño? Sí No		
5. ¿Ha visto el padre alguna vez al niño? Sí No		De ser así, ¿qué dijo o hizo él?
6. ¿Le entregó a usted el padre algún dinero o artículos para el niño? Sí No		Explique:
7. ¿Ha vivido el padre alguna vez con el niño? Sí No		De ser así, ¿cuándo y dónde?
8. ¿Admitió el padre alguna vez que el niño era suyo? Sí No		Explique:
Proporcione los nombres y domicilios de personas frente a las cuales el padre haya admitido la paternidad.		
9. ¿Está dispuesto el padre a firmar una declaración admitiendo que él es el padre? Sí No		
10. ¿Ha recibido usted alguna vez correspondencia (tarjetas o cartas) de parte del padre mencionando su embarazo, a usted como madre, o al niño? Sí No		¿Cuándo?
¿Qué dijo él?		

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

11. ¿Alguna vez usted y el padre vivieron juntos? Sí No	De ser así, proporcione fechas.
Fecha(s) y Domicilio(s):	
12. ¿Alguna vez estuvieron casados usted y el padre? Sí No	De ser así, fecha de casamiento.
Fecha de separación	
13. ¿Tuvo usted relaciones sexuales con alguna otra persona durante el mes, el mes previo, o el mes siguiente a quedar embarazada? Sí No	De ser así, proporcione nombre(s) y domicilio(s).
14. Comentarios	

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma	Firmado Día, Mes, Año
Ejecutado en	Ciudad
Condado	Estado

Nota: Si usted firmó fuera del Estado de California, este formulario debe ser notariado.

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

Si el padre de su(s) hijo(s) está con usted en su entrevista y reconocerá legalmente la paternidad y cooperará para establecer la paternidad, usted no necesita completar las Partes II y III en este momento.		NOMBRE DEL CASO
1. Nombre de la Madre	Nombre del Padre	
2. ¿Por qué cree usted que esta persona es el padre de su hijo?		
3. ¿Cuándo comenzó usted a tener citas con el padre de su hijo?		
4. ¿Cuándo y en qué ciudad o pueblo tuvo usted por primera vez relaciones sexuales con el padre?		
5. ¿Cuándo y en qué ciudad o pueblo tuvo usted por última vez relaciones sexuales con el padre?		
6. Por favor proporcione el/los nombre(s) y domicilio(s) de personas (amigos, parientes, vecinos, casero) que la hayan visto a usted con el padre y dónde los vieron.		
7. ¿Alguna vez se registró usted en un motel u hotel con el padre? Sí No		
		De ser así, ¿cuándo y dónde?
Por favor proporcione el/los nombre(s) y domicilio(s) de cualquier persona que los haya visto juntos allí		
8. ¿Utilizó el padre cualquier método de control de la natalidad? Sí No		De ser así, por favor liste el método utilizado
9. ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación antes del embarazo?		
10. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?		
11. ¿Cuál era el nombre de su médico durante el embarazo?		
Domicilio del Médico:		
12. ¿Fue el padre informado acerca de su embarazo? Sí No		¿Por quién?
¿Qué dijo el padre?		
¿Qué otra persona estaba presente cuando él fue informado?		
13. ¿Discutió usted alguna vez su embarazo con el padre? Sí No		¿Qué se dijeron?
¿Qué otra persona escuchó las discusiones?		
14. ¿Alguna vez el padre le pagó o prometió pagarle a usted algún dinero durante su embarazo? Sí No		Explique:

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE PATERNIDAD (PARTE II)

DCSS 0095 SPA (08/16/04)

15. ¿Alguna vez el padre pagó o prometió pagar algún médico, hospital, o cuentas médicas relacionadas con su embarazo? Sí No	Explique:
16. ¿Alguna vez le ha escrito usted al padre con respecto al niño? Sí No	¿Cuándo?
¿Qué dijo usted?	
17. ¿Se parece el niño al padre? Sí No	¿En qué forma?
18. ¿Ha reclamado el padre alguna vez al niño en su impuesto a las ganancias? Sí No	¿Cuándo?

19. Comentarios

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma	Firmado Día, Mes, Año
Ejecutado en	Ciudad Condado Estado

Nota: Si usted firmó fuera del Estado de California, este formulario debe ser notariado.

SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO

DCSS 0055 SPA (02/02/10)

Numero de Caso CSE:

INSTRUCCIONES: Lea atentamente antes de firmar. Se requiere su firma para abrirle un caso.

De acuerdo con el Acto Federal de Reducción de Déficit del 2005, el Departamento de Servicios de Manutención de Menores puede cobrarle \$25 dólares por servicios en cada caso en el cual nunca haya recibido asistencia pública. Este cargo será colectado cada año, el primero de Octubre por cada caso en que por lo menos \$500 dólares han sido desembolsados a la familia el año fiscal federal anterior, (Octubre 1 - Septiembre 30). El cargo será deducido automáticamente del próximo pago(s) distribuido a la parte que tiene custodia después de Octubre primero hasta que los cargos estén recuperados por completo.

Quiero que la agencia local de mantenimiento de hijos me ayude a obtener una orden de mantenimiento para establecer la paternidad del/de los niño/s o hacer cumplir una orden de mantenimiento de hijos.

Entiendo que aplico para estos servicios según el Programa de Servicios de Mantenimiento de Hijos Título IV-D de la Ley de Seguridad Social.

Informaré inmediatamente a la agencia de mantenimiento de hijos:

- Cuando cada uno de los niños se case.
- Cuando cada uno de los niños cumpla 19 años o cuando el niño cumpla 18 años y no sea un estudiante de tiempo completo, lo que ocurra primero.
- Si la dirección de mi hogar, dirección de correo o número de teléfono cambian.
- Si mi empleador, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono cambian.
- Si mis ingresos cambian.
- Si mi estado, condición o disponibilidad de cobertura de seguro de salud cambian.
- Si alguna información sobre el paradero del otro/s padre/s cambia.
- Si el padre vuelve a vivir junto con los niños, o
- Si hay algún cambio en la custodia, cuidado de niños o visitas.

Estoy al tanto de que la agencia local de mantenimiento de hijos no me representa a mí, ni al otro padre ni a los niños que son sujetos de este caso. No existe ninguna relación cliente-abogado entre la agencia local de mantenimiento de hijos y yo, el otro padre o los niños. No surgirá ninguna relación cliente-abogado si la agencia local de mantenimiento de hijos suministra los servicios que he solicitado.

Declaro bajo pena de perjurio que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todos los términos especificados anteriormente.

NOMBRE EN IMPRENTA

FIRMA

FECHA

Pagina en blanco.

Estimado/a Applicable:

La ley requiere al Departamento de Servicios de Manutención de Menores (DCSS) que envíe información de los casos de mantenimiento de hijos al gobierno federal. El gobierno federal mantiene una base de datos que incluye todos los casos de mantenimiento del país. Si es solicitado, el gobierno federal dará a conocer información del caso a otras agencias de mantenimiento de hijos, sin embargo, si usted o el/los niño/s en este caso son víctimas de violencia familiar, puede ser que usted no quiera se revele la información de su caso.

Si cree que la revelación de la información sobre su caso al gobierno federal puede causar un daño físico o emocional a usted o al/a los niño/s en este caso, por favor, complete el Cuestionario de Violencia Familiar adjunto (DCSS 0048 SPA) y devuélvalo a la agencia local de mantenimiento de hijos. Usted tiene que llenar el formulario en su totalidad para procesar su pedido.

Por favor, envíe el formulario completo a la: Agencia Local de Mantenimiento de Hijos

Para los casos interestatal identificación personal debe ser revelada a menos que una orden que no sea divulgada ha sido archivada. Si usted nos ha informado que obtuvo una orden de protección o restricción o si usted fue concedido "buena causa" por su cooperación, y la agencia local de mantenimiento de hijos buscará una orden que no sea divulgada antes de enviar su aplicación al otro estado. Una orden que no es divulgada prevendrá la revelación de su información personal a las otras partes involucrada en su caso interestatal.

Si usted se siente que la revelación de su dirección u otra información personal le presentaría un riesgo a usted o a su hijo/s de salud, seguridad o de libertad, y si usted no tiene una orden de protección o si no fue concedido "buena causa" usted puede buscar su propia orden para que su información personal no sea revelada. Esto puede ser obtenido por su propio accesorio legal o con la ayuda del asistente de derecho familiar.

Si usted o el/los niño/s en este caso no son víctimas de violencia familiar, no tiene que devolver este formulario. También, es importante entender que la ley le prohíbe al DCSS revelar su información personal en este caso a la otra parte sin una orden del tribunal. Sin embargo, algunos documentos que incluyen cierta información personal suya pueden ser presentados ante el tribunal.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor visite CustomerConnect en internet, www.childsup-connect.ca.gov para ayuda en-línea o llame a CustomerConnect al 1-866-901-3212. Las personas con impedimentos del habla o de la audición, por favor llamen al número TTY 1-866-399-4096.

Pagina en blanco.

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

DCSS 0048 SPA (02/09/09)

INSTRUCCIONES: Si no completa y nos devuelve este formulario, el gobierno federal, podrá revelar información sobre usted o sus hijos a los tribunales, agencia locales de mantenimiento de hijos, y posiblemente al otro padre de/de los niño/s o a la otra parte de este caso.

Su nombre: _____ Número de Caso: _____

Nombre de la otra parte: _____

SECCIÓN I: Marque el cuadro apropiado para cada una de las preguntas.

1. Usted o el/los niño/s en este caso, ¿fueron víctimas de violencia familiar o abuso de menores cometido por la otra parte en este caso de mantenimiento de hijos? Sí No

2. ¿Cuenta con una orden de contención, orden de protección u orden de estar alejado/a de la otra parte en este caso de mantenimiento de hijos? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor adjunte una copia de la orden y detalle la siguiente información:

Condado/Estado: _____ Orden/Número de Registro: _____

Fecha de Vencimiento: _____

3. Si usted o el/los niño/s en este caso reciben asistencia pública, ¿desea que el departamento de bienestar revise este caso para determinar su elegibilidad para cerrarlo debido al mayor riesgo de daño físico, sexual o emocional que usted o el/los niño/s en este caso tienen a causa de la otra parte? Esto se denomina tener una "buena causa" para cerrar el caso de mantenimiento. Sí No

SECCIÓN II: Usted TIENE que completar esta sección si respondió "Sí" en la SECCIÓN I.

Por favor, detalle la información de violencia familiar incluyendo fechas, horarios, lugares y testigos. (Adjunte página adicional si es necesario.)

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

DCSS 0048 SPA (02/09/09)

SECCIÓN III: Si es apropiado, por favor, marque el cuadro más abajo, firme, coloque la fecha y devuelva este formulario a:

Agencia Local de Mantenimiento de Hijos

- Revelar mi dirección u otra información que me identifique mi ubicación puede ser peligroso para mí o para el/los niño/s en este caso. Solicito que mi dirección u otra información de identificación no sean reveladas a la otra parte de este caso. El pedido estará vigente hasta que informe a la agencia local de mantenimiento de hijos por escrito que ya pueden dar a conocer mi información, y la agencia local de mantenimiento de hijos me informe que han recibido mi solicitud. Entiendo que según la legislación federal, una persona autorizada puede solicitar por escrito al tribunal que tiene jurisdicción para tomar o aplicar una decisión de mantenimiento de hijos o visitas, que se divulgue mi información. La agencia local de mantenimiento de hijos me informará por escrito si el tribunal ordena revelar cualquier tipo de información de mi caso.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto.

 NOMBRE EN IMPRENTA

 FIRMA

 FECHA
AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil §1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5, Código de los Estados Unidos §552a(e)(3), §7 Nota) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario es utilizada por el Departamento de Servicios de Manutención de Menores y las agencias locales de mantenimiento de hijos para evitar la divulgación de la información en situaciones de abuso doméstico y/o de niños. La información que usted suministre podrá entregarse al gobierno federal y a otras organizaciones públicas dentro del límite requerido por ley. En caso de que no brinde esta información, la habilidad del DCSS para cuidar su información estará limitada.

El funcionario responsable de la organización para mantenimiento de este formulario es: **Funcionario de Registros de DCSS, PO BOX 419064, MS-110, Rancho Cordova, CA 95741, número de fax (916) 464-5069.** Las referencias legales que autorizan la solicitud y mantenimiento de esta información personal incluyen el Título 22 del Código de Regulaciones de California §§112110(h), 112300, 112301, y 112302, como así también el Código de Familia §17212. Se guardarán copias de este formulario en archivos confidenciales en el Departamento de Servicios de Manutención de Menores o en la agencia local de mantenimiento de hijos durante 4 años y 4 meses después que ciera su caso de mantenimiento de hijos. Tiene el derecho a acceder a este formulario si lo solicita **enviando un fax al (916) 464-5069.**

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este aviso, por favor llámenos al 1-866-901-3212.

VERIFICACIÓN DE VISITAS

DCSS 0053 SPA (08/29/05)

	Número de Caso CSE:
Nombre de la persona que completa el formulario:	Soy <input type="checkbox"/> la Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia

PARTE 1. VISITAS REALES DEL PADRE SIN CUSTODIA

INSTRUCCIONES:

Complete el historial de visitas de los últimos 12 meses completando en los últimos 12 meses y la cantidad de horas cada mes que el padre sin la custodia visitó al / a los niño/s.

Ejemplo: Si los últimos 12 meses son Junio 2002 a Mayo 2003, completará de Junio a Diciembre en la parte izquierda de la tabla más abajo. Colocará 2002 en el año. Luego, completa la parte derecha de la tabla desde Enero a Mayo y coloca 2003 en el año.

MES / AÑO	CANTIDAD DE HORAS QUE EL PADRE SIN LA CUSTODIA VISITÓ AL/A LOS NIÑO/S CADA MES	MES / AÑO	CANTIDAD DE HORAS QUE EL PADRE SIN LA CUSTODIA VISITÓ AL/A LOS NIÑO/S CADA MES
Enero/		Enero/	
Febrero/		Febrero /	
Marzo/		Marzo/	
Abril/		Abril/	
Mayo/		Mayo/	
Junio/		Junio/	
Julio/		Julio/	
Agosto/		Agosto/	
Septiembre/		Septiembre/	
Octubre/		Octubre/	
Noviembre/		Noviembre/	
Diciembre/		Diciembre/	
	TOTAL:		TOTAL:

VERIFICACIÓN DE VISITAS

DCSS 0053 SPA (08/29/05)

PARTE 2. CUSTODIA/VISITA COMPARTIDA

MARQUE UNO: Custodia compartida Sólo Visitas Ninguna

HORARIO DE VISITAS:

Visitas regulares:

Desde (especifique día de la semana) a las (especifique hora) (Marque una)
a.m./p.m.

Hasta (especifique día de la semana) a las (especifique hora) (Marque una)
a.m./p.m.

Visitas en Vacaciones:

Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios: Sí No

Visitas en Verano:

Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios: Sí No

Visitas incluyendo pasar la noche:

Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios: Sí No

Acuerdo de custodia/visitas ordenado por un tribunal:

Sí No

Información Adicional:

Declaro que dentro de mi mayor conocimiento y creencia la información anterior es verdadera y correcta. Estoy al tanto de que esto puede ser entregado al otro padre para que lo verifique y se puede solicitar que cualquiera de las partes presente documentación.

NOMBRE EN IMPRENTA_____
FIRMA_____
FECHA

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

Condado:	Teléfono:	Número de Caso CSE:
Padre sin la Custodia:		
Nombre completo (<i>Primer nombre, Segundo, Apellido, Sufijo</i>)	Soy: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador	
Dirección (Calle)	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	Número de Seguro Social	
Empleador (Nombre, calle, ciudad, estado, código postal, teléfono)		

INSTRUCCIONES: Por favor, complete la SECCIÓN I si el seguro de salud lo brinda o lo hace disponible el Padre sin la Custodia o el empleador. La SECCIÓN II es sobre el seguro del otro padre. Los empleadores sólo deberán completar las Secciones I y III. Por favor firme y coloque la fecha en el formulario completo.

SECCIÓN I: SU SEGURO DE SALUD**SEGURO DE SALUD:**

¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.	
Compañía o Sindicato de Seguro de Salud (suministre el número Local del Sindicato)		Suministrado por: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: Relación:	
Dirección de la Compañía de Seguros: Calle, Número de Departamento o Número de Unidad (Dirección a donde se envían por correo los reclamos)		Número de teléfono (incluir el Código de Área)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro de Salud

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Salud se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja.
 No disponible para dependientes.

La Póliza cubre lo siguiente: (Marque todo lo que aplique)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visitas al Médico | <input type="checkbox"/> Medicare Suplementario | <input type="checkbox"/> Enfermedades específicas | <input type="checkbox"/> Medicamentos con Receta |
| <input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Estadía en Hospital | <input type="checkbox"/> Paciente Ambulatorio de Hospital
(por ejemplo, análisis de laboratorio, terapia física) | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) |

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

SEGURO DENTAL:¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Dental? Sí No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad
(dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro Dental se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.**SEGURO DE VISIÓN:**¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Visión? Sí No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad
(Dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Visión se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

SECCIÓN II: SEGURO DEL OTRO PADRE**SEGURO DE SALUD:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Salud para el / los niño/s o usted? Sí No
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Salud

Dirección de la Compañía de Seguro de Salud: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

SEGURO DENTAL:

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro Dental para el / los niño/s o usted? Sí No
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad *reclamos* (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

SEGURO DE VISIÓN:

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Visión para el / los niño/s o usted? Sí No
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

SECCIÓN III: (SE TIENE QUE COMPLETAR)

- He adjuntado la información de la/las tarjeta/s de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s.
- En este momento, no tengo tarjetas/información de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s. Le enviaré la información cuando la reciba de la compañía de seguros.
- En este momento no tenemos disponible cobertura de seguro. Entiendo que al momento de tenerla disponible, tendré que agregar a mi/s hijo/s al plan y luego notificar a la organización de sustento al niño local sobre la cobertura. La cobertura no está disponible porque:
- No se ofrece Temporal Medio Tiempo Inscripción Rechazada Costos no razonables
- Período de prueba/fecha elegibilidad

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil Sección 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley de Orden Público 93-579) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario, incluyendo el Número de Seguro Social, es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño (DCSS) para identificación y comunicación con usted. Según la Sección 466 (a) (13) de la Ley de Seguridad Social, se requiere que el DCSS solicite el Número de Seguro Social de una persona que esté sujeta a una sentencia de divorcio, orden de sustento al niño, o determinación o reconocimiento de paternidad.

La información del Número de Seguro Social es obligatoria y se mantendrá en el archivo en la organización de sustento al niño local para ubicar e identificar a las personas y activos para establecer, modificar y aplicar las obligaciones de sustento al niño. La inscripción de un hijo en el seguro de salud puede requerir la divulgación del Número de Seguridad Social del niño y la dirección de correo al empleador del otro padre o la divulgación del Número de Seguro Social del niño al otro padre.

La información en su caso puede ser analizada u otorgada al Estado, otra organización que pueda legalmente recibir dicha información, y al otro padre o a su abogado dentro del límite permitido por ley.

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA

TELÉFONO (incluir el Código de Área)

TÍTULO

Pagina en blanco.

INSTRUCCIONES CON RESPECTO AL USO DE FORMULARIOS JUDICIALES TRADUCIDOS EN ESPAÑOL

DCSS 0637 SPA (09/11/07)

La agencia local de sustento al niño ha sido informada de que el Inglés no es su primer idioma. Por lo tanto, se proporcionan traducciones de formularios judiciales específicos como un servicio al cliente ha usted. Estos formularios incluyen información e instrucciones acerca de su caso de sustento al niño y pueden ser utilizados en acciones judiciales.

Es importante que usted comprenda sus derechos y responsabilidades para poder participar completamente en las acciones judiciales para establecer paternidad, sustento al niño, y órdenes de sustento. A usted también se le puede solicitar que proporcione información con respecto a sus ingresos y situación familiar de manera que la corte pueda determinar la cantidad correcta de sustento al niño.

Se incluyen formularios judiciales traducidos solamente para su información. La Norma Judicial 201.1 de California autoriza al Consejo Judicial a desarrollar formularios para ser utilizados en las cortes de este Estado. Los formularios adoptados por el Consejo Judicial para uso obligatorio deben ser utilizados por todos, incluyendo la agencia local de sustento al niño, y deben ser aceptados para su presentación por todas las cortes. Además, cualquier formulario presentado a la corte debe estar completado en Inglés.

Los formularios judiciales de idioma Inglés serán proporcionados al igual que la traducción al Español. Usted tiene que completar el formulario judicial de idioma Inglés con la información solicitada y devolverlo a la agencia local de sustento al niño. Por favor consulte la traducción al Español para ayudarse a completar el formulario judicial de idioma Inglés.

Para recibir ayuda en completar los formularios adjuntos usted puede contactar a la agencia local de sustento al niño. Usted también tiene el derecho de buscar consejo legal por parte de un abogado privado u oficina de servicios legales a su propio cargo. Si usted contrata a un abogado, usted tiene que informarle a la agencia local de sustento al niño. Para información y/o asistencia legal gratuita, usted puede contactar a la Oficina del Facilitador de la Ley de Familia de la Corte Suprema.

Se puede obtener información acerca de las ubicaciones de facilitadores de ley de familia y servicios de abogados disponibles por el Centro de Autoayuda de la Corte de California que se encuentra en el sitio web www.courtinfo.ca.gov/selfhelp/ o llamando a su Corte Suprema local.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al 1-866-901-3212 o 1-866-399-4096 TTY (para personas con impedimentos del habla/audición).

Pagina en blanco.

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO (<i>Nombre y Dirección postal</i>): NO. DE TELÉFONO: DIRECCIÓN ELETRÓNICA (<i>Opcional</i>): ABOGADO DE PARTE DE (<i>Nombre</i>):	SOLAMENTE PARA USO DE LA CCRTÉ Sólo para información No entregue a la corte
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (CALLE): DIRECCIÓN (POSTAL): CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE DIVISION:	
SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: Sólo para información OTRO PADRE:	
DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS Y GASTOS	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte

1. Empleo (*Complete la información abajo sobre su trabajo actual, o si usted está desempleado, su trabajo más reciente.*)

Adjunte una copia de los talones de su sueldo en los últimos dos meses (borre los números de seguro social).	a. Nombre del empleador: b. Dirección del empleador: c. Número de teléfono del empleador: d. Su ocupación: e. Fecha del comienzo de trabajo: f. Si está desempleado, fecha que dejó de trabajar: g. Trabajo _____ horas por semana. h. Me pagan \$ _____ por mes _____ por semana _____ por hora (cantidad en bruto antes de las deducciones de impuestos.)
--	--

Si tiene más de un empleador, añada una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba la información de arriba para cada empleador. Escriba "Pregunta 1—Otros Empleadores" en la parte de arriba de la hoja.)

2. Edad y Educación

- a. Mi edad es (*especifique*):
- b. He terminado la escuela secundaria o el equivalente: Sí No Si no, el grado más alto terminado (*especifique*):
- c. El número de años de colegio/universidad terminados (*especifique*): Certificado/Licencia (*especifique*):
- d. El número de años de la escuela de post-graduado (*especifique*): Certificado/Licencia (*especifique*):
- e. Tengo lo siguiente: Licencia profesional/ocupacional (*especifique*):
 Entrenamiento vocacional (*especifique*):

3. Información de Impuestos

- a. Hice mi última declaración de impuestos en (*especifique año*):
- b. El estado legal que declaro en mis impuestos persona soltera cabeza de familia
 casado/a declarándome separado/a de mi esposo/a casado/a declarando junto a mi esposa (*especifique nombre*):
- c. Hago mi declaración de impuestos estatales en California Otro (*especifique*):
- d. Reclamo el siguiente número de exenciones (incluyendo mi mismo/a) en los impuestos (*especifique*):

- 4. **Ingreso de la Otra Parte.** Estimo que el ingreso mensual (antes de las deducciones por impuestos) de la otra parte en este caso es: \$
 Esta estimación se basa en (*explique*):

(Si usted necesita más espacio para contestar a cualquier pregunta sobre este formulario, adjunte una hoja de papel de 8 ½ por 11 pulgadas y escriba el número de la pregunta antes de su contestación.)

5. Número de páginas adjuntas: _____

Declaro bajo pena del perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y páginas adjuntas es verdadera y correcta.

Fecha: _____

▶ **Sólo para información**

(NOMBRE ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DEL DECLARANTE)

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

Sólo para información

Adjunte copias de talones mostrando su sueldo en los últimos dos meses junto con prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales a la audiencia de corte (*borre de sus talones y su declaración de impuestos su número de seguro social.*)

5. **Ingreso** (enumere todas los tipos de ingresos que usted recibió durante los 12 meses pasados. Para calcular el promedio mensual, divida el total anual por 12)

	Mes pasado	Promedio mensual
a. Salario o sueldo (sueldo bruto total, antes de deducciones de impuestos)	\$ _____	_____
b. Sobresueldos/Pago de horas extras (bruto total, antes de rebajo de impuestos)	\$ _____	_____
c. Comisiones o bonos	\$ _____	_____
d. Asistencia pública (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) <input type="checkbox"/> recibiendo actualmente	\$ _____	_____
e. Manutención de cónyuge <input type="checkbox"/> de este matrimonio <input type="checkbox"/> de otro matrimonio	\$ _____	_____
f. Manutención de pareja de hecho <input type="checkbox"/> de esta pareja de hecho <input type="checkbox"/> de otra pareja de hecho	\$ _____	_____
g. Fondos de Pensión/Jubilación	\$ _____	_____
h. Pagos de jubilación por medio del seguro social (no SSI)	\$ _____	_____
i. Incapacidad: <input type="checkbox"/> seguro social (no SSI) <input type="checkbox"/> incapacidad del Estado (SDI) <input type="checkbox"/> seguro privado	\$ _____	_____
j. Beneficios de desempleo	\$ _____	_____
k. Compensación de trabajadores	\$ _____	_____
l. Otro (pagos por medio del servicio militar por el alojamiento (BAQ), regalías, etc.) (<i>especifique</i>):	\$ _____	_____

6. **Ingreso de Inversiones** (*Prepare y adjunte una lista que muestra la cantidad bruta recibida menos gastos an efectivo por cada propiedad.*)

a. Dividendos/Intereses	\$ _____	_____
b. Renta de propiedades alquiladas	\$ _____	_____
c. Ingreso de fideicomiso	\$ _____	_____
d. Otro (<i>especifique</i>):	\$ _____	_____

7. **Mis ingresos de trabajar por cuenta propia después de deducir los gastos de negocio:**

Soy el dueño/proprietario único socio otro (*especifique*):

Número de años en este negocio (*especifique*):

Nombre de negocio (*especifique*):

Tipo de negocio (*especifique*):

Adjunte una declaración de beneficio y de pérdida para los dos años pasados o la declaración "C" de su declaración de impuestos federales. Tache su número de seguro social. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.

8. **Ingreso Adicional.** He recibido dinero de una vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses (*especifique el origen y la cantidad*):

9. **Cambio de Ingreso.** Han ocurrido cambios significativos en mi situación financiera en los últimos 12 meses debido a (*especifique*):

10. **Deducciones** Mes pasado

a. Cuotas sindicales obligatorias	\$ _____	
b. Contribuciones obligatorias al fondo de pensiones y jubilación (no incluya seguro social, FICA, 401 K, IRA)	\$ _____	
c. Contribuciones para seguro médico, dental, hospital, y cualquier otra de salud (cantidad total mensual)	\$ _____	
d. Manutención de niños que yo pago por niños de otra relación	\$ _____	
e. Manutención de cónyuge pagado por orden de la corte por otro matrimonio	\$ _____	
f. Manutención de pareja de hecho pagada por orden de la corte por otra relacion de pareja de hecho	\$ _____	
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador (<i>adjunte explicación titulada Pregunta 10g.</i>)	\$ _____	

11. **Bienes/Recursos** Total

a. Dinero en efectivo y cuentas de cheques, ahorros y otras cuentas de deposito	\$ _____	
b. Acciones, bonos, y otros bienes que se puede vender fácilmente	\$ _____	
c. Cualquier otra propiedad <input type="checkbox"/> bienes raices <input type="checkbox"/> personal (<i>Estime el valor comercial justo menos los préstamos y deudas que usted debe</i>)	\$ _____	

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	--

12. Las personas siguientes viven conmigo:

Nombre	Edad	Cómo está relacionado/a con Usted? (e.j. hijo)	Ingreso, mensual (En bruto)	Paga algunos gastos del hogar?
a.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

13. Promedio de gastos mensuales Estimación de gastos Gastos actuales Gastos propuestos

- | | |
|---|--|
| a. Mi casa:
(1) <input type="checkbox"/> Renta o <input type="checkbox"/> hipoteca . . . \$ _____
Si hipoteca:
(a) Promedio de principal: \$ _____
(b) Promedio de interés: \$ _____
(2) Impuestos de propiedad \$ _____
(3) Seguro de casa o apartamento (si no incluido arriba) \$ _____
(4) Mantenición y reparación \$ _____
b. Gastos médicos no pagados por seguro médico \$ _____
c. Cuidado de niño(s) \$ _____
d. Comida en casa y provisiones \$ _____
e. Comida fuera de casa \$ _____
f. Gas, luz, agua, basura \$ _____
g. Teléfono/celular/correo electrónico \$ _____ | h. Lavandería y tintorería \$ _____
i. Ropa \$ _____
j. Educación \$ _____
k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones . . . \$ _____
l. Gastos de auto y transporte (seguro, gas, reparaciones, autobús, etc.).. \$ _____
m. Seguridad (vida, accidente etc.; No incluya seguro de auto, casa, o médico.) \$ _____
n. Ahorros e inversiones \$ _____
o. Contribuciones caritativas \$ _____
p. Pagos a plazos (detalle abajo en 14 y inserte el total aquí). \$ _____
q. Otro (especifique): \$ _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> r. GASTOS TOTALES (a-q) (No incluya cantidades en a (1)(a) and (b)) \$ _____ </div> s. Cantidad de estos gastos pagados por otras personas \$ _____ |
|---|--|

14. Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba

Pagado a	Para	Cantidad mensual	Balanza de pagos	Fecha del último pago
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

15. Honorarios por servicios de abogado (Se requiere esta información si cualquiera de las partes piden el pago de honorario de abogado): \$

- a. Hasta hoy día le he pagado a mi abogado por honorarios y costos (especifique): \$
- b. La fuente de este dinero fue (especifique):
- c. Hasta hoy día debo lo siguiente de honorarios y costos aparte de la cantidad ya pagada (especifique el total debido):
- d. Por cada hora mi abogado me cobra (especifique): \$

Yo confirmo esta información y el acuerdo sobre honorarios.

Fecha:

▶ **Sólo para información**

(NOMBRE DEL/A ABOGADO/A ESCRITO A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE)

(FIRMA DE ABOGADO/A)

SOLICITANTE/DEMANDANTE: DEMANDADO: Sólo para información OTRO PADRE:	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
---	--

INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑO(S)

(Complete esta página solamente si su caso implica manutención de niño(s).)

16. Número de niños

- a. Tengo (*especifique número*): _____ niño(s) menores de 18 años con el otro padre en este caso.
- b. Los niños pasan _____ % de tiempo conmigo y _____ % de tiempo con el otro padre.
 (*Si no está seguro/a del porcentaje, o no hay acuerdo entre padres, describa por favor su horario de las visitas aquí.*)

17. Gastos relacionados con la salud de los niños

- a. Tengo No tengo seguro de salud/médico para los niños disponible por medio del trabajo.
- b. Nombre de la compañía de seguros:
- c. Dirección de la compañía de seguro:

- d. El cobro mensual para el seguro de salud de los niños es o debe de ser (*especifique*): \$ _____
 (*No incluya la cantidad pagada por su empleador*)

18. Gastos adicionales para los niños en este caso

Cantidad por mes

- a. Cuidado de niños para poder ir a trabajar u obtener entrenamiento de trabajo _____ \$ _____
- b. Gastos médicos de niños no cubiertos por seguro _____ \$ _____
- c. Gastos de transporte para visitación _____ \$ _____
- d. Gastos de necesidades educativas o especiales de los niños (*especifique*): _____ \$ _____

19. Dificultades especiales. Pido de la corte consideración de circunstancias financieras especiales:

(*Incluya documentación de apoyo para cualquier circunstancia descrita aquí incluyendo, órdenes judiciales*):

	Cantidad por mes	Por cuántos meses?
a. Gastos extraordinarios de cuidado de salud no incluido en la pregunta número, 18b _____	\$ _____	_____
b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por un seguro (ejemplos: fuego, hurto, otra pérdida no asegurada) _____	\$ _____	_____
c. (1) Gastos de menores de otros matrimonios o relaciones que viven conmigo _____	\$ _____	_____
(2) Nombres y edades de estos menores (<i>especifique</i>): _____		

(3) Manutención de niños recibida de otra persona por estos niños _____ \$ _____

Los gastos enumerados en a, b y c crean una dificultad financiera extrema porque (*explique*):

20. Otra información que quisiera que la corte supiera referente a la manutención de niños en mi caso (*especifique*):

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address): TELEPHONE NO.: E-MAIL ADDRESS (Optional): ATTORNEY FOR (Name):	FOR COURT USE ONLY
SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:	
PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	
INCOME AND EXPENSE DECLARATION	CASE NUMBER:

1. Employment (Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

- a. Employer:
- b. Employer's address:
- c. Employer's phone number:
- d. Occupation:
- e. Date job started:
- f. If unemployed, date job ended:
- g. I work about _____ hours per week.
- h. I get paid \$ _____ gross (before taxes) per month per week per hour.

(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

2. Age and education

- a. My age is (specify):
- b. I have completed high school or the equivalent: Yes No If no, highest grade completed (specify):
- c. Number of years of college completed (specify): Degree(s) obtained (specify):
- d. Number of years of graduate school completed (specify): Degree(s) obtained (specify):
- e. I have: professional/occupational license(s) (specify):
 vocational training (specify):

3. Tax information

- a. I last filed taxes for tax year (specify year):
- b. My tax filing status is single head of household married, filing separately
 married, filing jointly with (specify name):
- c. I file state tax returns in California other (specify state):
- d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes (specify):

4. Other party's income. I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at (specify): \$
 This estimate is based on (explain):

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date:

_____ (TYPE OR PRINT NAME)



_____ (SIGNATURE OF DECLARANT)

PETITIONER/PLAINTIFF: _____ RESPONDENT/DEFENDANT: _____ OTHER PARENT/CLAIMANT: _____	CASE NUMBER: _____
---	-----------------------

Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. (Black out your social security number on the pay stub and tax return.)

5. **Income** (For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes)	\$ _____	_____
b. Overtime (gross, before taxes)	\$ _____	_____
c. Commissions or bonuses.	\$ _____	_____
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) or bonuses <input type="checkbox"/> currently receiving	\$ _____	_____
e. Spousal support <input type="checkbox"/> from this marriage <input type="checkbox"/> from a different marriage	\$ _____	_____
f. Partner support <input type="checkbox"/> from this domestic partnership <input type="checkbox"/> from a different domestic partnership	\$ _____	_____
g. Pension/retirement fund payments.	\$ _____	_____
h. Social security retirement (not SSI)	\$ _____	_____
i. Disability: <input type="checkbox"/> Social security (not SSI) <input type="checkbox"/> State disability (SDI) <input type="checkbox"/> Private insurance .	\$ _____	_____
j. Unemployment compensation	\$ _____	_____
k. Workers' compensation	\$ _____	_____
l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) (specify):	\$ _____	_____

6. **Investment income** (Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)

a. Dividends/interest.	\$ _____	_____
b. Rental property income	\$ _____	_____
c. Trust income.	\$ _____	_____
d. Other (specify):.	\$ _____	_____

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** \$ _____

I am the owner/sole proprietor business partner other (specify):
 Number of years in this business (specify):
 Name of business (specify):
 Type of business (specify):

Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.

8. **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months (specify source and amount):

9. **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because (specify):

10. **Deductions**

	Last month
a. Required union dues	\$ _____
b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA).	\$ _____
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums (total monthly amount).	\$ _____
d. Child support that I pay for children from other relationships.	\$ _____
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage.	\$ _____
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership	\$ _____
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer (attach explanation labeled "Question 10g").	\$ _____

11. **Assets**

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts	\$ _____
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell	\$ _____
c. All other property, <input type="checkbox"/> real and <input type="checkbox"/> personal (estimate fair market value minus the debts you owe)	\$ _____

PETITIONER/PLAINTIFF: _____ RESPONDENT/DEFENDANT: _____ OTHER PARENT/CLAIMANT: _____	CASE NUMBER: _____
---	-----------------------

12. The following people live with me:

Name	Age	How the person is related to me? (ex: son)	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

13. Average monthly expenses Estimated expenses Actual expenses Proposed needs

<p>a. Home:</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Rent or <input type="checkbox"/> mortgage . . . \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">If mortgage:</p> <p style="padding-left: 40px;">(a) average principal: \$ _____</p> <p style="padding-left: 40px;">(b) average interest: \$ _____</p> <p>(2) Real property taxes \$ _____</p> <p>(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) \$ _____</p> <p>(4) Maintenance and repair \$ _____</p> <p>b. Health-care costs not paid by insurance. . . \$ _____</p> <p>c. Child care \$ _____</p> <p>d. Groceries and household supplies. \$ _____</p> <p>e. Eating out. \$ _____</p> <p>f. Utilities (gas, electric, water, trash) \$ _____</p> <p>g. Telephone, cell phone, and e-mail \$ _____</p>	<p>h. Laundry and cleaning \$ _____</p> <p>i. Clothes \$ _____</p> <p>j. Education. \$ _____</p> <p>k. Entertainment, gifts, and vacation. \$ _____</p> <p>l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) \$ _____</p> <p>m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance) \$ _____</p> <p>n. Savings and investments. \$ _____</p> <p>o. Charitable contributions. \$ _____</p> <p>p. Monthly payments listed in item 14 (itemize below in 14 and insert total here) . . \$ _____</p> <p>q. Other (specify): \$ _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>r. TOTAL EXPENSES (a-q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b)) \$ _____</p> </div> <p>s. Amount of expenses paid by others \$ _____</p>
--	---

14. Installment payments and debts not listed above

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

15. Attorney fees (This is required if either party is requesting attorney fees.):

- a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs (specify): \$ _____
- b. The source of this money was (specify): _____
- c. I still owe the following fees and costs to my attorney (specify total owed): \$ _____
- d. My attorney's hourly rate is (specify): \$ _____

I confirm this fee arrangement.

Date: _____

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

(SIGNATURE OF ATTORNEY)

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:
--	--------------

CHILD SUPPORT INFORMATION
(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)

16. Number of children

- a. I have *(specify number)*: _____ children under the age of 18 with the other parent in this case.
- b. The children spend _____ percent of their time with me and _____ percent of their time with the other parent.
(If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)

17. Children's health-care expenses

- a. I do I do not have health insurance available to me for the children through my job.
- b. Name of insurance company:
- c. Address of insurance company:

- d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be *(specify)*:\$ _____
(Do not include the amount your employer pays.)

18. Additional expenses for the children in this case

	Amount per month
a. Child care so I can work or get job training	\$ _____
b. Children's health care not covered by insurance	\$ _____
c. Travel expenses for visitation	\$ _____
d. Children's educational or other special needs <i>(specify below)</i> :	\$ _____

19. Special hardships. I ask the court to consider the following special financial circumstances
(attach documentation of any item listed here, including court orders):

	Amount per month	For how many months?
a. Extraordinary health expenses not included in 18b.	\$ _____	_____
b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss)	\$ _____	_____
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me	\$ _____	_____
(2) Names and ages of those children <i>(specify)</i> :		

(3) Child support I receive for those children. \$ _____

The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because *(explain)*:

20. Other information I want the court to know concerning support in my case *(specify)*:

DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

DCSS 0569 SPA (02/10/09)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

El reverso de esta página, es su declaración historial de pagos de mantenimiento para su caso. Se requiere que complete mes por mes, año por año un análisis de las cantidades de mantenimiento que se debían (ordenados por el tribunal) y la cantidad de cada pago realizado. Estas cifras ayudarán a determinar la cantidad de mantenimiento atrasado, si alguno.

Tiene que completar una página (o páginas) separada para cada mantenimiento de hijos, mantenimiento de cónyuge, mantenimiento familiar, mantenimiento médico, gastos médicos no pagados, y otros tipos de mantenimiento no detallados. **NO combine el mantenimiento de hijos y el mantenimiento de cónyuge a menos que la orden del tribunal combine ambos pagos en una orden de mantenimiento "familiar".**

En la columna de Cantidad Ordenada, complete la cantidad de mantenimiento que corresponde a cada mes desde que comenzó la orden del tribunal. Si hubo algún cambio en la orden del tribunal, asegúrese de que cada mes refleje la cantidad correcta del mantenimiento debido.

En la columna de Cantidad Pagada, indique la cantidad en dólares de mantenimiento pagado en ese mes. Si se hizo más de un pago en un determinado mes, coloque la cantidad total en dólares de mantenimiento pagado. **Coloque la cantidad en dólares al lado de cada mes en el que se realizó realmente el pago, y no al lado del mes o meses en que se debió el pago.** Puede adjuntar hojas adicionales según sea necesario.

Sepa que esta declaración no es confidencial y que puede entregarse al otro padre en su caso para que la revise. Si existe algún desacuerdo sobre el historial de pago, las partes deberán presentar pruebas de pagos en la forma de cheques cancelados, recibos, etc.

Complete esta Declaración en forma prolija y correcta para asegurarse que no haya errores o confusiones sobre la cantidad de mantenimiento atrasado, si alguno.

DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

DCSS 0569 SPA (02/10/09)

Persona completando este formulario (nombre): _____

Soy: La Parte con la Custodia
 El Padre sin la Custodia

Historial de Pago de Mantenimiento para (marque uno): Niño Cónyuge Familia

Gastos médicos no reembolsados Médico Otro (especifique): _____

	AÑO _____		AÑO _____		AÑO _____	
	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

	AÑO _____		AÑO _____		AÑO _____	
	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto. Estoy al tanto de que esto puede ser entregado al otro padre para que lo verifique y se le puede solicitar a la otra parte que presente información.

Firma: _____ Fecha: _____ No. de Caso: _____