

IV-D CHILD SUPPORT SERVICES APPLICATION/REFERRAL SOLICITUD PARA SERVICIOS DE SOSTENIMIENTO DE NIÑOS (IV-D)/RECOMENDACION

FOR OFFICE USE ONLY

Michigan Department of Health and Human Services
Office of Child Support (OCS)

Date Requested	Date Provided	Date Filed	Program	<input type="checkbox"/> 748 Provided	
IV-D Case No.	MDHHS Case No.	County	District	Unit	Worker

Favor de indicar su parentesco a los niños por quienes está solicitando para servicios de sostenimiento:

Padre con Custodia Padre sin Custodia o Padre Supuesto Otro Cuidador, Especifique _____

- **Padre con Custodia** – Llene todas las secciones del formulario. Llene la información sobre usted en la Sección A.
- **Padre sin Custodia o Padre Supuesto** – Llene todas las secciones del formulario menos la Sección F. Llene la información sobre usted en la Sección B.
- **Otro Cuidador** – Llene todas las secciones del formulario. Llene la información sobre usted en la Sección A. En la Sección B llene la información sobre cada padre que no vive en el hogar. (Favor de llenar una solicitud por separado por cada padre que no vive en el hogar.)

A. INFORMACION DEL PADRE CON CUSTODIA / CUIDADOR DEL NIÑO

1. Nombre (Primer; Inicial; Apellido; Sufijo como Sr., Jr., II, etc.)		Nombre de Soltera (si se aplica)		2. Fecha de Nacimiento		3. Número de Seguro Social				
4. Dirección de su Casa (Apartado Postal, Número y Calle)			Ciudad		Estado		Zona Postal		Condado	
5. Número de Teléfono de su Casa ()			6. Número de Teléfono de su Trabajo ()			7. Número de Teléfono Celular ()				

B. INFORMACION DEL PADRE QUE NO VIVE EN EL HOGAR

8. Nombre de los Padres (Primer; Inicial; Apellido; Sufijo)			Nombre de Soltera (si se aplica)		9. Número de Seguro Social		10. Fecha de Nac.		11. Edad		12. Sexo (M o F)		
13. Dirección de su Casa (Apartado Postal, Núm. y Calle) <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Previa				Ciudad		Estado		Zona Postal		14. Núm. de Teléfono ()		15. Número Celular ()	
16. Peso		17. Estatura			18. Color de Pelo			19. Color de los Ojos					
20. Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado)		21. Núm. de Licencia de Manejar		22. Auto (Marca, Modelo y Año)				23. Número de Placa					
24. Raza o Código Etnico: <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Multiracial – Más de un grupo racial-étnico <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Asiático o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Negro, no origen hispano <input type="checkbox"/> Otro								25. ¿Algunas marcas visibles o cicatrices?					
26. Nombre Primer Empleador <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Previo			27. Dirección de Empleador (Apartado Postal, Núm. y Calle)			Ciudad		Estado		Zona Postal		28. Núm. de Teléfono ()	
29. Nombre Segundo Empleador <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Previo			30. Dirección de Empleador (Apartado Postal, Núm. y Calle)			Ciudad		Estado		Zona Postal		31. Núm. de Teléfono ()	

C. INFORMACION SOBRE ESTADO CIVIL

32.a. ¿Alguna vez se ha casado la madre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es Sí>>		b. Nombre de Esposo		c. Fecha de Matrimonio		d. Lugar (Ciudad, Condado, Estado)			
33.a. ¿Está la madre <input type="checkbox"/> separada? <input type="checkbox"/> separada legalmente?		b. Fecha		c. ¿Existe Orden de la Corte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es Sí>>		d. # Orden de la Corte		e. ¿Dónde? (Ciudad, Condado, Estado)	
34.a. ¿Está la madre <input type="checkbox"/> divorciada? <input type="checkbox"/> demanda de divorcio>>		b. Fecha		c. ¿Existe Orden de la Corte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es Sí>>		d. # Orden de la Corte		e. ¿Dónde? (Ciudad, Condado, Estado)	

Favor de anexar copia de todas las órdenes de la corte referentes a los miembros de familia anotados en esta solicitud, incluyendo Ordenes de Protección Personal y documentos de Custodia.

D. INFORMACION SOBRE NIÑO(S)**Niño Uno (Favor de incluir hojas adicionales si hay más de tres niños)**

35.a. Nombre Completo del Niño (Primer, Inicial, Apellido, Sufijo)		b. Fecha de Nacimiento	c. Número de Seguro Social	d. Sexo (M o F)
e. Lugar de Nacimiento: Ciudad, Condado y Estado		f. ¿Quién pagó por el parto del niño (Medicaid, Seguro Privado, Madre, Padre, Otro)?		
g. ¿Dónde y cuándo se embarazó la madre?				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
h. ¿Ha llenado el padre un documento en que reconoce que él es el padre del niño, así como una Declaración de Paternidad o hay una orden de la corte estableciendo la paternidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si es sí, proporcione la siguiente información sobre ese documento:				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
INFORMACION DE SEGURO DE SALUD DEL NIÑO (anexe copia de ambos lados de las tarjetas)				
36.a. Nombre del Asegurado	b. Nombre de la Compañía de Salud (No Medicaid)		c. Tipo de Cobertura	d. Número de Póliza o Grupo
			PPO <input type="checkbox"/> PPOM <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/>	

Niño Dos

37.a. Nombre Completo del Niño (Primer, Inicial, Apellido)		b. Fecha de Nacimiento	c. Número de Seguro Social	d. Sexo (M o F)
e. Ciudad, Condado & Estado de Nacimiento		f. ¿Quién pagó por el parto del niño (Medicaid, Seguro Privado, Madre, Padre, Otro)?		
g. ¿Dónde y cuándo se embarazó la madre?				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
h. ¿Ha llenado el padre un documento en que reconoce que él es el padre del niño, así como una Declaración de Paternidad o hay una orden de la corte estableciendo la paternidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si es sí, proporcione la siguiente información sobre ese documento:				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
INFORMACION DE SEGURO DE SALUD DEL NIÑO (anexe copia de ambos lados de las tarjetas)				
38.a. Nombre del Asegurado	b. Nombre de la Compañía de Salud (No Medicaid)		c. Tipo de Cobertura	d. Número de Póliza o Grupo
			PPO <input type="checkbox"/> PPOM <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/>	

Niño Tres

39.a. Nombre Completo del Niño (Primer, Inicial, Apellido)		b. Fecha de Nacimiento	c. Número de Seguro Social	d. Sexo (M o F)
e. Ciudad, Condado & Estado de Nacimiento		f. ¿Quién pagó por el parto del niño (Medicaid, Seguro Privado, Madre, Padre, Otro)?		
g. ¿Dónde y cuándo se embarazó la madre?				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
h. ¿Ha llenado el padre un documento en que reconoce que él es el padre del niño, así como una Declaración de Paternidad o hay una orden de la corte estableciendo la paternidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si es sí, proporcione la siguiente información sobre ese documento:				
Fecha	Ciudad	Condado	Estado	
INFORMACION DE SEGURO DE SALUD DEL NIÑO (anexe copia de ambos lados de las tarjetas)				
40.a. Nombre del Asegurado	b. Nombre de la Compañía de Salud (No Medicaid)		c. Tipo de Cobertura	d. Número de Póliza o Grupo.
			PPO <input type="checkbox"/> PPOM <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/>	

E. INFORMACION GENERAL

41. Creo que mi niño o yo corremos el riesgo de sufrir daños físicos o emocionales si se da a conocer mi dirección u otra información que nos identifique. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
42. He recibido o recibo actualmente beneficios del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP) o anteriormente he recibido beneficios de Ayuda para Niños Dependientes (ADC). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es sí, ¿cuándo?	¿Dónde?
43. He recibido o recibo actualmente Medicaid (MA). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es sí, ¿cuándo?	¿Dónde?
44. Recibo actualmente: Beneficios de Alimentos (FAP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

F. RECONOCIMIENTO PARA PADRES CON CUSTODIA Y CUIDADORES

La Oficina de Sostenimiento para Niños de Michigan (Michigan Office of Child Support [OCS]) procesa los pagos de sostenimiento para niños a través de Michigan State Disbursement Unit (MiSDU), la cual forma parte del Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS). La MiSDU recibe y distribuye los pagos por medio de depósito directo a una cuenta bancaria, a una tarjeta de débito, o por medio de un cheque de papel.

Si por error se me envía dinero o me pagan de más, MiSDU tomará todos los pasos necesarios para corregir los errores en la tramitación de mis pagos de sostenimiento para niños. Al marcar abajo el cuadro correspondiente a "Sí", le doy permiso a OCS de retener una cantidad incremental indicada abajo de los futuros pagos de sostenimiento para niños que se me deben. Para cancelar mi permiso, deberé avisar a la Oficina del Amigo de la Corte (Friend of the Court). Al no marcar "Sí" no tiene ningún efecto en mi elegibilidad para los servicios de Sostenimiento para Niños de IV-D por medio de OCS.

Sí, (circule uno) 10% 25% o 50% El no escoger un porcentaje resultará en la cantidad automática de 25%.

No, favor de comunicarse conmigo antes de intentar de recobrar cualquier cantidad de mis pagos de sostenimiento.

G. RECONOCIMIENTO PARA TODOS LOS SOLICITANTES

Solicito los servicios de sostenimiento para niños que están disponibles bajo el Título IV-D del Acta del Seguro Social.		<p>Autoridades:</p> <p>45 CFR 302.33 Completación: Solicitar es voluntario para personas que no reciben asistencia pública.</p> <p>R 400.3009 MAC y R 400.5008 MAC Al no llenar podría resultar en una pérdida de beneficios de Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) y el Programa de Asistencia de Alimentos (FAP). Recipientes actual de FAP y CDC no son requeridos de firmar el formulario.</p> <p>42 USC 654(29) Al no proveer información podría resultar en una pérdida de beneficios del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP) para todos los miembros de la familia y la pérdida de Medicaid (MA) para todos miembros adultos.</p>
<input type="checkbox"/> Todos los Servicios <input type="checkbox"/> Localizar Solamente (solamente para padres con custodia y cuidadores) <input type="checkbox"/> Solamente Ayuda Médica (solamente para casos de Medicaid)		
<p>Entiendo que si se da a conocer mi número de Seguro Social es un mandato del Acta del Seguro Social, 42 USC 666(a)(13), por la cual el programa de sostenimiento de niños de Michigan puede proveer servicios relacionados al establecimiento de paternidad y el establecimiento, modificación y hacer cumplir las obligaciones de sostenimiento de niños. Entiendo que deberé cooperar en las acciones de cobrar el sostenimiento para asegurar que mi caso quede vigente. Declaro que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y acepto informarles de cualquier cambio en mis circunstancias que podría afectar las acciones de sostenimiento en mi caso.</p> <p>Certifico que he recibido una copia de la Publicación de DHS 748-SP, "Entendiendo que es el Sostenimiento para Niños, Un Folleto para los Padres."</p>		
Firma del Solicitante (Se Requiere la Firma)	Fecha	
Nombre del Solicitante en Letra de Molde		<p>Devuelve la solicitud completada a:</p> <p>Michigan Office of Child Support Central Functions Unit P.O. Box 30744 Lansing, MI 48909</p>
<p>Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de MDHHS en su área.</p>		
Esta institución es un proveedor de oportunidad igual.		