



Enrollment in Child Support Services

The Child Support Program will:

- Attempt to find the other parent(s)
- Establish paternity, if needed
- Obtain an order for child support and medical support
- Send you payments we collect
- Upon request, review changes in your and the other parent's circumstances and determine whether a change in the amount of support ordered is necessary
- Review available income information as needed
- Calculate the amount of support to be paid based on the income of both parents
- Notify you if it appears you are not cooperating with us, and give you a chance to respond within 60 days before we close your case
- Following the emancipation of the youngest child, upon request, review for eligibility and if found to be eligible, pursue the adjudication of interest.

You Must:

- Cooperate with us
- Provide us with all the requested information
- Provide copies of all requested documents we need
- Provide copy of the health insurance card if the child(ren) is insured
- Notify us of any changes in information for you, the child(ren) or other parent(s). This includes addresses, employment, phone numbers, and where the child(ren) lives
- Keep all appointments with us
- Go to all court or administrative hearings when requested to do so
- Notify us when you want to close your case(s)
- You must complete a new enrollment form to reopen the case if the case has been closed

Please provide the information for the child(ren) to be enrolled in your request for child support services.

Name(s) of child(ren)

Name of other parent(s)

What is your language preference? ☐ English ☐ Spanish ☐ Polish ☐ Other: _____

You must complete pages on both sides of this form.

AFFIRMATION AND AGREEMENT

I hereby swear and affirm under penalties of perjury that the information contained in this form is true and correct to the best of my knowledge. Providing false information could result in perjury charges being filed against me.

I understand that child support services DO NOT include establishment or enforcement of parenting time or parenting time credits, the assignment of the right to claim a child as a dependent for federal or state tax purposes, nor any matters other than those associated with establishment of paternity (if needed) and the financial support of dependent children.

I am advised that the Child Support Services' attorneys represent the State of Illinois and do not represent me or any other person or entity. Communications between me or other participants and the Child Support Services program and its attorneys are not confidential communications protected by the attorney/client privilege.

I understand that I must cooperate with Child Support Services in order for my case to be processed, and non-cooperation can result in termination of child support services. I further understand that this request to receive child support services does not guarantee successful action on the case, but rather that all reasonable attempts will be made to obtain successful results.

I understand that the Illinois mandatory child support guidelines require both parents' financial information to calculate the child support obligation. Either parent may be ordered to provide child support and/or medical coverage. However, only one parent will be ordered to pay child support to the other parent.

I understand and agree that if I am overpaid, the state may take action to recoup the amount of overpayment from future child support payments owed to me.

I understand that I may terminate services by notifying Child Support Services in writing that services are no longer desired. Services may only be terminated in accordance with 45 C.F.R. 303.11. Termination of these services does not modify or terminate existing child support orders or obligations.

I authorize Child Support Services to explore, pursue, or utilize all sources of information legally available in support of its investigations on my behalf and to choose the appropriate course of legal action.

I understand Child Support Services will protect my privacy as required by law, and I authorize Child Support Services to disclose information about my case to the court or another authorized party necessary while establishing and enforcing paternity and child support orders, for as long as I am a customer. I understand that if I have a fear of physical or emotional harm to myself or the children from the other party, I may request further non-disclosure on this enrollment form and a separate form will be sent to me.

Your Printed Name: _____	Your daytime phone number: _____
Your Signature: X _____	Date signed (month, day, year) _____ \ _____ \ _____

My Information

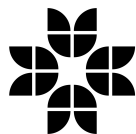
Your Full Name (First, Middle, Last, Suffix):					
I have a fear of physical or emotional harm from the other parent(s): ☐ Yes ☐ No					
You are the child(ren)'s: ☐ Mother ☐ Father ☐ Caregiver					
Child(ren) primarily lives with: ☐ Mother ☐ Father ☐ Caregiver					
Social Security Number: - -		Date of Birth: \ \		Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown	
Gender Identity: ☐ Man ☐ Woman ☐ Non-binary, gender non-conforming ☐ Other ☐ Prefer not to answer			Sexual Orientation: ☐ Gay ☐ Lesbian ☐ Queer ☐ Questioning/Unsure ☐ Heterosexual ☐ Prefer not to answer ☐ Additional category/identity not listed: _____		
Mailing Address:			Driver's License No.:		Issuing State:
City:		Country:		Home Phone (include area code):	
State:		Zip Code:		Work Phone (include area code):	
Race: ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Asian/Asian American ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Some other race alone ☐ Native Hawaiian and Other Pacific Islander ☐ White/European American ☐ Two or more races				Email Address:	
Other Names You Are Known By: _____ ☐ Maiden ☐ Former married ☐ Nickname					
Answer employment questions only if you are the mother or the father					
Employer:					
Employer's Address:					
Employer's City:			Employer's State:		Employer's Zip:
Answer health insurance questions only if you are the mother or the father					
Health Insurance Company:				Phone Number:	
Policy Number:				Group Number:	
Is health insurance provided by your employer? ☐ Yes ☐ No					

Mother/Father Information

A separate Mother/Father Information form is required for the other parent(s) of each child who needs services.									
Parent's Full Name (First, Middle, Last, Suffix):						Are you seeking child support from this parent? ☐ Yes ☐ No			
Social Security Number: - -				Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown			Date of Birth: _____ \ _____ \ _____		
Home Phone (include area code):					Cell Phone (include area code):				
Mailing Address:							Country:		
City:			State:	ZIP:		Driver's License No.:		Issuing State:	
Employer:					Employer's Address:				
Employer's City:			Employer's State:		Employer's ZIP:		Is health insurance provided by this employer? ☐ Yes ☐ No		
Health Insurance Company:							Phone Number:		
Policy Number:							Group Number:		
Other Names Known By:					Mother's maiden name: Father's name:				
Height:		Hair Color:		Eye Color:		Other Identifying Features (scars, tattoos, or birth marks) or information that may assist location effort:			
Race: ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Asian/Asian American ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Some other race alone ☐ Native Hawaiian and Other Pacific Islander ☐ White/European American ☐ Two or more races									
List this parent's children (or possible children) included in this application. Complete a separate Child's Information form for each child listed.									
Child's Full Name (First, Middle, Last, Suffix)				Child's Social Security			This Parent's Relationship		
Is this parent a citizen of the US? ☐ Yes ☐ No					Is this parent a member of a Tribal Association? ☐ Yes ☐ No				
Is this parent in jail or prison? ☐ Yes ☐ No If yes, where? _____									
Is this parent in the military? ☐ Yes ☐ No If yes, what branch? _____									
Is this parent disabled? ☐ Yes ☐ No					Is this parent a member of a union? ☐ Yes ☐ No				
Does this parent have any special licenses, certifications, or specialized area of work? ☐ Yes ☐ No If yes, please list: _____									

Child's Information

Child's Full Name (First, Middle, Last, Suffix):			
Date of Birth:	Sex: ☐ Female ☐ Male ☐ Unknown	Social Security Number: 	



Inscripción en los Servicios de Manutención de Menores

Los Servicios de Manutención de Menores:

- Intentar encontrar a los otros padres
- Establecer la paternidad, si es necesario
- Obtener una orden de manutención de los hijos y manutención médica
- Enviarle los pagos que cobramos
- Si se le solicita, revise los cambios en sus circunstancias y en las del otro padre y determine si es necesario un cambio en la cantidad de manutención ordenada
- Revise la información de ingresos disponible según sea necesario
- Calcule el monto de la manutención a pagar en función de los ingresos de ambos padres
- Notificarle si parece que no está cooperando con nosotros y darle la oportunidad de responder dentro de los 60 días antes de que cerremos su caso.
- Después de la emancipación del hijo menor, previa solicitud, se revisa la elegibilidad y, si se determina que es elegible, se solicita la adjudicación de intereses.

Usted debe:

- Cooperar con nosotros
- Facilitarnos toda la información solicitada
- Proporcionar copias de todos los documentos solicitados que necesitamos
- Proporcionar una copia de la tarjeta de seguro médico si el niño está asegurado
- Notifíquenos de cualquier cambio en la información sobre usted, los niños u otros padres. Esto incluye direcciones, empleo, números de teléfono y dónde vive el niño
- Asiste a todas las citas con nosotros
- Ir a todas las audiencias judiciales o administrativas cuando se le solicite
- Notifíquenos cuando desee cerrar su(s) caso(s)
- Debe completar un nuevo formulario de inscripción para reabrir el caso si el caso se ha cerrado

Proporcione la información de los niños que se inscribirán en su solicitud de servicios de manutención de niños.

Nombre(s) del(los) niño(s)

Nombre de otro(s) padre(s)

Debe completar las páginas de ambos lados de este formulario.

AFIRMACIÓN Y ACUERDO

Por la presente juro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Proporcionar información falsa podría resultar en la presentación de cargos de perjurio en mi contra.

Entiendo que los servicios de manutención de menores NO incluyen el establecimiento o la aplicación del tiempo de crianza o los créditos de tiempo de crianza, la asignación del derecho a reclamar a un niño como dependiente para fines de impuestos federales o estatales, ni ningún otro asunto que no sea el asociado con el establecimiento de la paternidad (si es necesario) y el apoyo financiero de los hijos dependientes.

Se me informa que los abogados de los Servicios de Manutención de Menores representan al Estado de Illinois y no me representan a mí ni a ninguna otra persona o entidad. Las comunicaciones entre yo u otros participantes y el programa de Servicios de Manutención de Menores y sus abogados no son comunicaciones confidenciales protegidas por el privilegio abogado/cliente.

Entiendo que debo cooperar con los Servicios de Manutención de Menores para que mi caso sea procesado, y la falta de cooperación puede resultar en la terminación de los servicios de manutención de menores. Además, entiendo que esta solicitud para recibir servicios de manutención de menores no garantiza una acción exitosa en el caso, sino que se harán todos los intentos razonables para obtener resultados exitosos.

Entiendo que las pautas obligatorias de manutención de menores de Illinois requieren la información financiera de ambos padres para calcular la obligación de manutención de menores. A cualquiera de los padres se le puede ordenar que proporcione manutención de los hijos y/o cobertura médica. Sin embargo, solo se ordenará a uno de los padres que pague la manutención de los hijos al otro padre.

Entiendo y acepto que si me pagan de más, el estado puede tomar medidas para recuperar el monto del sobrepago de los pagos futuros de manutención de los hijos que se me deben.

Entiendo que puedo cancelar los servicios notificando a los Servicios de Manutención de Menores por escrito que los servicios ya no son deseados. Los servicios solo pueden cancelarse de acuerdo con 45 C.F.R. 303.11. La terminación de estos servicios no modifica ni cancela las órdenes u obligaciones de manutención de menores existentes.

Autorizo a los Servicios de Manutención de Menores a explorar, perseguir o utilizar todas las fuentes de información legalmente disponibles en apoyo de sus investigaciones en mi nombre y a elegir el curso de acción legal apropiado.

Entiendo que los Servicios de Manutención de Menores protegerán mi privacidad como lo exige la ley, y autorizo a los Servicios de Manutención de Menores a divulgar información sobre mi caso a la corte u otra parte autorizada necesaria mientras establezco y hago cumplir las órdenes de paternidad y manutención de menores, mientras sea cliente. Entiendo que si tengo miedo de hacerme daño físico o emocional a mí mismo o a los niños por parte de la otra parte, puedo solicitar una mayor confidencialidad en este formulario de inscripción y se me enviará un formulario por separado.

Su nombre impreso: _____	Tu número de teléfono durante el día _____
Su firma: X _____	Fecha de firma (mes, día, año) _____ \ _____ \ _____

Mi información

Su nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):		
Tengo miedo de sufrir daños físicos o emocionales por parte de los otros padre(s): ☐ Sí ☐ No		
Usted es el hijo de los niños: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Cuidador		
Los niños viven principalmente con: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Cuidador		
Número de Seguro Social #: - -	Fecha de nacimiento: _____ \ _____ \ _____	Sex: ☐ Hembra ☐ Masculino ☐ Desconocido
Identidad de género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario, no conforme con el género ☐ Otro ☐ Prefiero no contestar		Orientación sexual: ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Afeminado ☐ Interrogatorio/Inseguro ☐ Heterosexual ☐ Prefiero no contestar ☐ Categoría/identidad adicional no incluida en la lista: _____
Dirección postal:		Número de licencia de conducir.: Estado emisor
Ciudad:	País:	Teléfono residencial (incluye código de área):
Estado:	Código postal:	Teléfono del trabajo (incluye código de área):
Raza: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático/Asiático-Americano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Alguna otra raza ☐ sola Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico ☐ Blanco/Europeo-Americano ☐ Dos o más razas		Dirección de correo electrónico
Otros nombres por los que se le conoce: _____ ☐ Doncella ☐ Ex casado ☐ Apodo		
Responda a las preguntas de empleo solo si usted es la madre o el padre		
Empleador:		
Dirección del empleador:		
Ciudad del empleador:	Estado del empleador:	Código Postal del Empleador:
Responda a las preguntas sobre el seguro médico solo si usted es la madre o el padre		
Compañía de Seguros de Salud:		Número de teléfono:
Número de póliza:		Número de grupo:
¿Su empleador proporciona un seguro de salud?? ☐ Sí ☐ No		

Información de la madre/padre

Se requiere un formulario de información de la madre/padre por separado para los otros padres de cada niño que necesita servicios.					
Nombre completo del padre (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):				¿Está buscando manutención de los hijos de este padre? ☐ Sí ☐ No	
Seguridad social #: - -		Sexo: ☐ Hembra ☐ Masculino ☐ Desconocido		Fecha de nacimiento: _____ \ _____ \ _____	
Teléfono residencial (incluye código de área):			Teléfono celular (incluya el código de área):		
Dirección postal:				Country:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Número de licencia de conducir:	Estado de emisión:
Empleador:			Dirección del empleador:		
Ciudad del empleador:		Estado del empleador:	Código Postal del Empleador:	¿Este empleador proporciona seguro médico? ☐ Sí ☐ No	
Compañía de Seguros de Salud:				Número de fuente:	
Número de Póliza:				Número de grupo:	
Otros nombres conocidos por:			Apellido de soltera de la madre:		
			Nombre del padre:		
Altura:	Color de cabello:	Color de ojos:	Otras características de identificación (cicatrices, tatuajes o marcas de nacimiento) o información que puede ayudar en el esfuerzo de localización:		
Race: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático/Asiático-Americano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Alguna otra raza sola ☐ Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico ☐ Blanco/Europeo-Americano ☐ Dos o más razas					
Enumere los hijos (o posibles hijos) de este padre incluidos en esta solicitud. Complete un formulario de información del niño por separado para cada niño que aparece en la lista.					
Nombre completo del niño (Nombre, Segundo, Último, Sufijo):		Seguro Social del Niño Número:		La relación de este padre al Niño (Madre o Padre):	
¿Es este padre ciudadano de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No			¿Es este padre miembro de una Asociación Tribal? ☐ Sí ☐ No		
¿Está este padre en la cárcel o en prisión? ☐ Sí ☐ No			En caso afirmativo, ¿dónde? _____		
¿Este padre está en el ejército? ☐ Sí ☐ No			En caso afirmativo, ¿qué rama? _____		
¿Este padre es discapacitado? ☐ Sí ☐ No			¿Es este padre miembro de un sindicato? ☐ Sí ☐ No		
¿Tiene este padre alguna licencia especial, certificación o área de trabajo especializada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor enumere: _____					

Información del niño

Nombre completo del niño (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo):			
Fecha de nacimiento	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Desconocido	Número de Seguro Social: - -	Fecha en que el niño comenzó a vivir con usted: _____ \ _____ \ _____
Raza del niño: ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático/Asiático-Americano ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Alguna otra raza sola ☐ Nativo de Hawái y otras islas del Pacífico ☐ Blanco/Europeo-Americano ☐ Dos o más razas			¿Este niño es discapacitado? ☐ Sí ☐ No
Lugar de nacimiento del niño (Ciudad/Condado/Estado/País):		Número de Acta de Nacimiento:	
¿Hay un segundo padre nombrado en el certificado de nacimiento? ☐ Sí ☐ No No En caso afirmativo, escriba su nombre en letra de molde: _____			
¿Hay una orden de manutención para este niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido Persona a la que se le ordena pagar manutención: _____ Persona que recibe apoyo: _____ ¿Dónde se paga la manutención? ☐ Secretario de la Corte ☐ Unidad Estatal de Desembolsos ☐ Directamente a mí ☐ Agencia de Manutención de Menores de otro estado Número de causa judicial: _____ Fecha del pedido: _____ \ _____ \ _____ Condado/estado/país donde se ingresó el pedido: _____			
¿Hay seguro médico para este niño? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, escriba el nombre de la persona que proporciona el seguro médico: _____			
¿Hay alguna acción legal pendiente que involucre a este niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido En caso afirmativo, tipo de acción legal pendiente: ☐ Custodia ☐ Adopción ☐ Mediación ☐ de Ejecución ☐ Modificación ☐ Otro: _____ Por favor, escriba el nombre de la persona que emprende la acción legal: _____ El nombre, la dirección y el # de teléfono de su abogado: _____			
SI ESTE NIÑO ESTÁ INCLUIDO EN UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN, NO COMPLETE LAS PREGUNTAS RESTANTES PARA ESTE NIÑO			
Por favor, enumere los nombres de todos los posibles padres de este niño: _____			
¿Dónde quedó embarazada la madre? Estado: _____ País: _____			
¿Estaba la madre casada o en unión civil cuando quedó embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido En caso afirmativo, ¿a quién? _____ Fecha de matrimonio/unión civil: _____ \ _____ \ _____ Casado/Unido donde (Ciudad/Condado/Estado/País): _____			
¿Estaba la madre casada o en unión civil cuando nació este niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido En caso afirmativo, ¿a quién? _____ Fecha de matrimonio/unión: _____ \ _____ \ _____ Casado/Unido donde (Ciudad/Condado/Estado/País): _____			
¿Estaba la madre divorciada de la persona nombrada anteriormente? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido En caso afirmativo, fecha de divorcio: _____ \ _____ \ _____ Caso Judicial #: _____ Divorciado donde (Ciudad/Condado/Estado o País): _____			
¿Ha vivido este niño alguna vez con el otro padre en Illinois? ☐ Sí ☐ No Nombre de otro padre: _____ En caso afirmativo, sírvase indicar las fechas aproximadas: Del _____ \ _____ \ _____ al _____ \ _____ \ _____ Ciudad de Illinois donde vivieron juntos: _____			