Child Support Services
Illinois Department of Healthcare and Family Services

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:

- Coopera con nosotros
- Facilítanos 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: _____