Estado de Georgia
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Manutención Infantil

Sello de la Oficina Local

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Gracias por solicitar servicios de manutención infantil. Para ofrecer Servicios el mismo día (SDS, por sus siglas en inglés), sírvase proporcionar información detallada para permitirnos ayudarle con la tramitación de su solicitud. Si usted recibe servicios de TANF/Medicaid, llame al Centro de Atención del DCSS para obtener más ayuda (al número que aparece abajo).

El solicitante debe proporcionar al menos una identificación con foto, por ejemplo:

- ☐ Licencia de conducir válida;
- ☐ Cualquier otro documento de identidad con foto emitido por el gobierno internacional, federal, estatal o local, incluyendo una Tarjeta de Residencia Permanente o Visa;
- ☐ Pasaporte válido.
- ☐

Los solicitantes DEBEN presentar lo siguiente con la solicitud:

- ☐ Certificados de nacimiento para todos los menores nacidos **FUERA** de Georgia;
- ☐ Declaración Jurada de Paternidad
- ☐ Verificación de beneficios de dependiente del Seguro de Jubilación para Sobrevivientes y por Discapacidad (RSDI) recibidos:
- ☐ Las firmas en todas las páginas y los formularios notariados en caso de ser requerido;
- ☐ Verificación de la matrícula escolar, estatus, nivel de grado y fecha de graduación anticipada si el (los) hijo(s) tiene(n) 18 años y sigue(n) siendo un estudiante(s) a tiempo completo en la escuela secundaria y la orden del tribunal contempla manutención infantil más allá de la edad de 18 años, si aplica;
- ☐ Una fotocopia de cualquier tipo de orden de manutención que exista (decreto final de divorcio, acuerdo de separación o conciliación, orden de manutención infantil registrada por cualquier estado o país extranjero, modificación de la orden de manutención, orden de desacato, orden del tribunal juvenil u orden temporal). **Excepción:** Se requiere una copia certificada de la orden más reciente declarando la cantidad si la orden debe ser registrada para la ejecución en otro estado o jurisdicción extranjera, antes de que DCSS pueda procesar una acción de la ley UIFSA;

Se *prefieren* los siguientes documentos al solicitar servicios:

- ☐ Verificación de la custodia física de un menor de edad o hijos(as) dependientes;
- ☐ Información actual de ingresos (por ej.: talones de cheques, W-2, o declaraciones de impuestos de los últimos 3 años con formularios 1099 si trabaja por cuenta propia y una declaración jurada financiera completada);
- ☐ Certificados de Nacimiento para todos los menores nacidos en Georgia;
- ☐ Tarjetas del Seguro Social para todos los menores que figuran en la solicitud (si están disponibles);
- ☐ Recibos o verificación de seguro médico, de vista, dental o de vida, deducibles y copagos, si aplica;
- ☐ Información de gastos extraordinarios de educación para matrícula, alojamiento y comida, cuotas, libros, si aplica; y
- ☐ Gastos de crianza de niños para clases de música o arte, viajes, banda, clubes y deportes, si aplica.
- ☐ Acuerdo de autorización para el depósito directo de los pagos de manutención infantil si se está solicitando depósito directo y un cheque cancelado o comprobante de depósito de cuenta de ahorros.

Nota: Favor de llamar gratis al Centro de Contacto del DCSS al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free) si:

- Usted habla otro idioma distinto del inglés en su casa y necesita ayuda,
- Usted tiene una discapacidad y necesita ayuda o asistencia para visitar nuestra oficina, o
- Usted es sordo o tiene problemas de audición y necesita la ayuda.

Si usted es un usuario de TTY (teléfono de texto), puede comunicarse con nuestra oficina a través del Servicio de Retransmisión de Georgia al 7-1-1

Nota: Si es posible, haga copias de la información importante y de toda la solicitud antes de visitar nuestra oficina para que las guarde en sus archivos.

Derechos y Responsabilidades del Solicitante

Entiendo que:

- La División de Manutención Infantil (DCSS) tiene la autoridad bajo la ley federal y estatal para tomar cualquier acción legal que sea necesaria para establecer la paternidad y para establecer, modificar y hacer cumplir una orden de manutención infantil, incluyendo ayuda médica. DCSS no garantiza que los esfuerzos en mi nombre serán exitosos ya que las medidas adoptadas por DCSS pueden estar sujetas a la discreción del juez.
- Es posible que DCSS utilice un abogado para establecer, hacer cumplir o modificar mi orden de manutención infantil. No existe una relación abogado-cliente entre el abogado y yo, ya que el abogado representa al Estado. Entiendo que el abogado no se ocupa de cuestiones legales tales como legitimación, custodia o visitas; por lo tanto, yo debo buscar mi propio abogado privado para estos asuntos.
- DCSS me ha proporcionado una Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. La notificación incluye una explicación de cómo la información médica relacionada con mi solicitud de servicios podrá ser utilizada por DCSS, así como mi derecho a tener acceso a esta información médica. Entiendo que DCSS no compartirá ninguna información a menos que yo proporcione una autorización por escrito solicitando la información.
- DCSS no divulgará ninguna información confidencial, personal a terceros sin mi autorización previa por escrito para divulgar dicha información.
- DCSS no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, religión, creencia políticas o discapacidad. Si tengo dudas acerca de mi caso, puedo presentar una queja formal con el director de la oficina local que dará como resultado un examen de la administración interna.
- Cuando solicite servicios como beneficiario, deberé tener la custodia legal o física de un menor de edad. En el caso de que la custodia del niño cambie, la manutención infantil ordenada puede ser redirigida al nuevo tutor.
- Debo notificar a DCSS de cualquier cambio en mi nombre, dirección, números de teléfono o cualquier otra información que se necesite para administrar o hacer cumplir adecuadamente mi caso, incluyendo entre otros notificar a DCSS que he solicitado los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Entiendo que el no mantener la información al día puede afectar la capacidad de DCSS para distribuir los pagos en forma oportuna.
- Debo notificar a DCSS si tengo un caso de manutención infantil activa con cualquier otra agencia estatal, abogado privado o una agencia de cobro privada para los niños en la solicitud.
- Me comprometo a someterme y a los niños a pruebas genéticas, concernientes al establecimiento de paternidad, si fuese necesario. No se proporcionarán los resultados de las pruebas genéticas sin previa autorización por escrito para divulgar dicha información.
- Se requiere un pago de $25.00 no reembolsable al solicitar los servicios a menos que los niños o yo recibamos Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Familia Asistencia Médica (Family Medicaid). El pago ***será*** requerido solo si el (los) niño(s) reciben Medicaid, o si vuelvo a solicitar los servicios después de haber solicitado el cierre de mi caso, o si mi caso es cerrado por DCSS debido a mi falta de cooperación.
- Se cobrará un pago de $25 por mantenimiento anual a cada caso en el cual un solicitante nunca haya recibido TANF y para quien el Estado ha recaudado al menos $500.00 de manutención. Mi parte de este cargo se tomará de la cantidad de manutención infantil recaudada en nombre de los niños.
- Los pagos de manutención infantil deben ser enviados a la oficina de Registro de Manutención Familiar y no debo aceptar pagos directos del padre/madre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés). Si acepto los pagos del NCP, la oficina de DCSS podría cerrar mi caso por falta de cooperación.
- Al recibir la notificación por escrito de DCSS, mi caso puede ser cerrado si no coopero. Antes de cerrar el caso, tengo que pagar los cargos pendientes y los pagos en exceso que se deban en el momento y reembolsar los gastos incurridos en mi nombre. Si mi caso se cierra, por falta de cooperación severa, no voy a poder reabrir mi caso o volver a solicitar los servicios por un período mínimo de seis (6) meses desde la fecha en que se cerró mi caso por última vez.
- Estoy de acuerdo que los pagos en exceso de la cantidad ordenada de manutención se aplicará primero a las cantidades atrasadas y luego podrán ser retenidas por DCSS para pagos futuros.
- Si yo recibiera pagos distribuidos por error, se me notificará por escrito para establecer un Plan de Reintegro de Pago a Plazos con DCSS. Yo entiendo que mi falta de respuesta oportuna a la tercera notificación, la "**Notificación final**", de DCSS servirá como mi permiso para que DCSS recupere los pagos deduciéndolos de cualquier manutención infantil futura que se me deba.
- Mi caso no será elegible para cierre hasta que todos los cargos o pagos en exceso se hayan pagado en su totalidad.

- Si solicito el cierre del caso durante un procedimiento legal para establecer una orden de manutención, entiendo que voy a ser responsable de los honorarios y costos incurridos por DCSS, incluyendo entre otros los costos judiciales y cargos por servicio, antes de que se cierre mi caso.
- La ley federal autoriza a DCSS a cobrar a una persona que ha solicitado los servicios de manutención infantil y que nunca ha recibido o que ya no está recibiendo ayuda de TANF un cargo por la compensación de los impuestos estatales y federales. En el caso de que se reciba una compensación, se le podrá cobrar a mi caso un cargo administrativo de $12.00 por compensación del estado y uno de $15 por compensación federal.
- Podría recibir correspondencia de DCSS por vía electrónica. Para garantizar la confidencialidad de la correspondencia, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una dirección de correo electrónico segura y activa.
- Puedo obtener información sobre mi caso y sobre los pagos en el sitio web de Servicio al Cliente https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon o llamando al Centro de Atención 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free)

He recibido y leído toda la información del programa que describe los servicios disponibles y los cargos, así como mis derechos y responsabilidades Tengo derecho a hacer preguntas antes de presentar mi solicitud. Mi firma en este documento autoriza a la División de Manutención Infantil para ofrecer los servicios necesarios y adecuados en mi nombre.

_____

Nombre del solicitante (Por favor escriba claramente)

_____	_____	_____
Firma del Solicitante	Testigo	Fecha

Dirección Electrónica del Solicitante: (Por favor escriba claramente) _____

Declaración Jurada de Paternidad

Se REQUIERE un formulario por cada menor incluido en este caso

Este formulario lo llena la siguiente persona:
[_] La MADRE
[_] El Tutor QUE NO SEA padre/madre (CU) que tiene la custodia del (de los) menor(es) y posee información limitada acerca de la paternidad.
[_] El PRESUNTO PADRE, que solicita servicios de manutención infantil como [_] Padre sin custodia, [_] Padre con custodia

Nombre del(de la) niño(a) según el Acta de Nacimiento			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Sexo [ ] Masculino [ ] Femenino	Número de seguro social	Raza	Parentesco con el padre/madre con custodia/Tutor [ ] Hijo(a) [ ] Nieto(a) [ ] Otro _____
El niño fue concebido en: Ciudad: Estado: Condado: País:			
Hospital donde nació el niño: Ciudad Estado País			
Estado civil de la madre al nacer el niño: [ ]Soltera [ ]Casada el día: _ / / Nombre del esposo: _____ [ ]Separada el día: __/__/__ [ ] Divorciada el día: __/__/__		Estado civil del padre al nacer el(la) niño(a): [ ]Soltero [ ]Casado el día: _ / / Nombre de la esposa: _____ [ ]Separado el día: __/__/__ [ ] Divorciado el día: __/__/__	
Fecha en que los padres del niño comenzaron una relación sexual: __/__/___ Vivieron juntos desde __/__/___ hasta __/__/___			
¿Quién es el padre del niño?			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Raza
¿Firmó alguna vez el presunto padre (NCP, padre sin custodia por sus siglas en inglés) una Declaración de Paternidad o Reconocimiento de Paternidad por este(a) niño(a)? [ ] Sí [ ] No **De ser así, ¿cuándo?:** ____/___/____ **¿En qué estado?:** _____			
¿Ha proporcionado el NCP manutención infantil, necesidades o regalos a este(a) niño(a)? ¿De qué manera?			
¿Ha nombrado la madre a alguien más como el padre de este(a) niño(a)? [ ] Sí* [ ] No [ ] No está seguro(a) *Ver abajo			
De ser así, nombre:	Dirección:		
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a este NCP? [ ] Si [ ] No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS			
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a algún otro hombre? [ ] Si [ ] No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS			

Compareció en persona ante el funcionario abajo firmante, debidamente autorizado para tomar juramentos, quien suscribe y declara bajo juramento que las declaraciones anteriores, concernientes a la paternidad, son verdaderas y correctas. Entiendo que para establecer la paternidad legal del(de los) niño(s) antes mencionado(s), podrían requerirse pruebas médicas. Con mi firma en este documento autorizo a la División de Servicios de Manutención Infantil a prestar los servicios necesarios y adecuados en mi nombre, en lo que respecta a las pruebas genéticas y acciones legales para establecer la paternidad del(de los) niño(s).

Certifico que toda la información que he suministrado es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Su nombre en letra de molde: _____

Su firma: _____ Fecha: _____

Firma del Notario Público: _____ Fecha de expiración de la Comisión: _____

SELLO DEL NOTARIO

Número del caso de DCSS: «FIELD52»

Solicitud de Servicios

POR FAVOR MARQUE UNO

SOY EL(LA): Padre/madre con custodia [ ] Padre/madre sin custodia [ ]Tutor sin ser padre/madre [ ] Presunto padre [ ]

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque el que corresponda)

Todos los servicios de apoyo disponibles [ ] Establecer el apoyo médico [ ]

HISTORIAL DE TANF (marque todos los que correspondan):

Nunca he recibido beneficios de TANF [ ] Actualmente recibo beneficios de TANF [ ] Actualmente recibo sólo Medicaid [ ]
En el pasado recibí TANF [ ]: Lo recibí desde hasta

INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / TUTOR SIN SER PADRE/MADRE

Nombre:

Apellido Primer nombre Segundo nombre Apellido de soltera

Número de seguro social:	Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
Sexo: Masculino [ ] Femenino [ ]	¿Ha tenido alguna vez un caso de manutención infantil en otro estado? [ ]Sí[ ]No
Estado Civil: Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Divorciado/a [ ] Fecha de divorcio: / /	Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o:_____ Fecha de matrimonio: __/__/__

Dirección de domicilio:

Calle Ciudad, Condado Estado Código postal

Dirección postal:

Calle / P.O. Box Ciudad, Estado Código postal

¿Puede ser contactado en el trabajo? [ ] Sí [ ] No	Dirección de correo electrónico:
Teléfono de trabajo: Teléfono de domicilio:	Teléfono celular:

¿Está el(la) padre(madre) con custodia/tutor sin ser padre/madre en las Fuerzas Armadas? [ ] Militar jubilado(a)
[ ] Sí [ ] No De ser así, mencione la rama:

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PADRE/MADRE CON CUSTODIA

¿Tiene actualmente seguro médico? [ ] Sí [ ] No	De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? [ ] Sí [ ] No
Nombre de la compañía de seguros:	Número de teléfono:
Número de póliza:	Número de Grupo:

VIOLENCIA DOMÉSTICA

¿Ha sido alguna vez víctima de violencia doméstica?: **[ ] Sí [ ] No**

¿Ha(han) sido alguna vez el(los) niño(s) por quien(es) solicita servicios víctima(s) de algún daño físico o emocional? **[ ] Sí [ ] No**

Si respondió afirmativamente a una o ambas de las preguntas anteriores, describa su inquietud y/o adjunte a su solicitud la documentación de apoyo que respalde su afirmación.

Bajo la Ley de Georgia, 0.C.G.A. §19-11-30 y §19-11-131, la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS, por sus siglas en inglés) no divulgará ninguna información que ponga a usted o a sus hijos en riesgo de sufrir daño físico o emocional. En tales circunstancias, se activará un Indicador de Violencia Familiar en su caso de manutención infantil.

Su caso será entonces codificado para garantizar que ninguna información sea divulgada a otro estado o jurisdicción extranjera, que podría poner a usted o a su(s) hijo(s) en riesgo.

NIÑOS PARA QUIENES NECESITA LOS SERVICIOS

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	SSN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Sexo	Raza	¿Nacido(a) fuera del matrimonio? Sí/No	¿Paternidad establecida por: Orden del Tribunal/ Prueba de Paternidad? Fecha:

Su relación con el(los) niño(s): [ ] Madre Biológica [ ] Padre Biológico [ ] Custodio [ ] Pariente/Adulto que no es padre/madre
[ ] Tutor Legal (se requiere prueba de tutela) [ ] Otro: _____

INSTRUCCIONES DE PAGO PARA EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / CUSTODIO

Se le proporcionará una tarjeta de débito para recibir los pagos de manutención infantil, a menos que usted pida depósito directo. Si selecciona depósito directo, se requiere un formulario aparte y un cheque anulado/comprobante de depósito.

INFORMACIÓN DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

Nombre:

Apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido de soltera

Alias o apodos:

Número de seguro social: | Fecha de nacimiento o edad: | Lugar de nacimiento:

Sexo: Masculino [ ] Femenino [ ]

Estado Civil: Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Divorciado/a [ ] Fecha de divorcio: / /

Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o:_____
Fecha de matrimonio: __/__/__

Color de ojos: | Color de cabello: | Peso: | Estatura: | Raza:

Dirección postal:
[ ] Es dueño(a) de esta u otra propiedad

Calle | Ciudad, | Condado | Estado | Código postal

Su domicilio es el [ ]Actual o [ ]Último conocido | Número(s) de teléfono:

Otra posible dirección:

Calle | Ciudad, | Estado | Código postal

No. de licencia de conducir: | Estado:

EMPLEO DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

[ ]Empleado [ ]Desempleado [ ]Trabajo por cuenta propia | Tipo de negocio: | Ocupación habitual:

Empleador actual o último conocido: | Número de teléfono:

Fechas de empleo: hasta

Supervisor: | Cargo:

Dirección:

Calle | Ciudad , | Condado | Estado | Código Postal

Ingresos brutos: $ por | Pago: [ ]Semanal [ ]Cada dos semanas [ ]Mensual [ ] Dos veces al mes
Adjunte los comprobantes de pago, de ser posible.

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE / MADRE SIN CUSTODIA

¿Tiene actualmente un seguro de salud? [ ] Sí [ ] No | De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? [ ] Sí [ ] No

Nombre de la compañía de seguros: | Número de teléfono:

Número de póliza:

Prima mensual: $ | Porción que paga por el niño: $

OTRAS FUENTES DE INGRESOS/RECURSOS

Beneficios Federales Recibidos: [ ]Seguro social [ ]Empleado postal [ ]Jubilación para Ferroviarios [ ]Servicio civil [ ]Militares
[ ]Asistencia del Departamento de Asuntos para los Veteranos (VA) [ ]Jubilación [ ]Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

¿Beneficios de Desempleo? [ ] Sí [ ] No

¿Recibe beneficios de un Plan de Pensiones? [ ] Sí [ ] No De ser así, ¿de qué compañía?

¿Tiene alguna licencia profesional? [ ] Sí [ ] No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)?:

¿Está el(la) padre(madre) sin custodia en las Fuerzas Armadas? [ ] Sí [ ] No De ser así, nombre la rama: [ ] Militar jubilado(a)

HISTORIAL DE ENCARCELACIÓN

El(la) padre(madre) sin custodia ha estado: [ ] en la cárcel [ ] en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional

Si ha estado en la cárcel, por favor indique las fechas _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

Nombre de la Institución: _____

Dirección o ciudad/estado de la Institución: _____

Si está en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional, por favor indique:

Fechas de su historial de libertad condicional _____/_____/_____ hasta _____/_____/_____

El período de libertad condicional finalizará el: _____/_____/_____

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: _____

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: _____

HISTORIA FAMILIAR DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

Madre:	Apellido de soltera:	No. de teléfono: ( )
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fallecida el día:
Dirección:		
Calle	Ciudad,	Estado, Código postal
Padre:	No. de teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fallecido el día:
Dirección:		
Calle	Ciudad,	Estado, Código postal
Otro pariente conocido:	Parentesco:	
Dirección:		
Calle	Ciudad,	Estado, Código postal
Otra dirección de contacto (amigos, etc.):		
Nombre	Calle	Ciudad, Estado, Código postal
Otro número de teléfono de contacto:		

Complete esta sección SÓLO si usted NO es el(la) padre(madre) del(de los) niño(s)

Yo, _____ soy el tutor legal del (de los) niño(s) arriba mencionado(s). Obtuve la custodia del (de los) niño(s) el ____/_____/_____ (se requiere una prueba de tutela). Los documentos legales aceptables incluyen, pero no se limitan a, órdenes de custodia del Tribunal Infantil, órdenes de custodia del Tribunal Superior y órdenes de custodia del Tribunal de Sucesiones.

Mi relación con el(los) niño(s) es _____. El(los) niño(s) vive(en) conmigo desde (mes/día/año): ___/___/

Madre biológica (indique si ha fallecido):

Nombre	Dirección	Ciudad, Condado, Estado, Código postal	Fecha de nacimiento	SSN

Padre biológico (indique si ha fallecido):

Nombre	Dirección	Ciudad, Condado, Estado, Código postal	Fecha de nacimiento	SSN

_____ _____

Firma **Fecha**

Bajo pena de perjurio, por la presente juro y afirmo que la información que proporcioné en la Solicitud de Servicios de Manutención Infantil es exacta y cierta, según mi leal saber y entender. Entiendo que hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, de manera intencional, es punible según la ley de Georgia con una multa de hasta $1,000, conencarcelación entre uno y cinco años, o ambos. Por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

For DCSS Office Use Only:

Application Requested Date **(required)**:____/_____/____ Application Provided (date given in person or mailed) **(required)**:___/___/____ Application Provided by **(staff's first and last name required)**:_____

(**Note:** Federal regulations require an application be provided the same day to individuals who make in person requests or within 5 working days of a written or telephone request, see 45CFR §303.2(a)(2)).

Date returned to DCSS ___/___/___ Application Processed Date **(required)**:____/___/_____ Processed by (First & Last Name)_____$TARS No: _____ Application fee PAID (Y/N): [__]; If no, why not?_____

DECLARACIÓN JURADA PERSONAL / FINANCIERA

Número de Caso $TARS: _____

Nombre del padre/madre sin custodia: _____

Nombre del padre/madre con custodia: _____

PADRE/MADRE CON CUSTODIA [ ] **PADRE/MADRE SIN CUSTODIA[ ]** **TUTOR SIN SER PADRE/MADRE [ ]**

INFORMACIÓN PERSONAL:

Su nombre: _____ Numero de Seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros apellidos de casada, apodos, etc.: Dirección de domicilio:

_____

Calle Ciudad Estado Condado Código postal

AD ADOPCIÓN / CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:

[ ] Recibe actualmente [ ] Nunca ha recibido [ ] Plan de Cuidado adoptivo temporal/Reunificación

Cantidad mensual $

SU EMPLEO:

[ ] Empleado [ ] Desempleado [ ] Trabajo por cuenta propia Tipo de _____ negocio:

Empleador: _____ Cargo: _____

Supervisor: _____ No. de teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____

Calle Ciudad Estado Condado Código postal

Empleado desde __ / ___ /_____hasta___/___/____ [ ] Sindicato:_____ No. Local:_____

Ingresos BRUTOS: $_____ (Adjunte comprobantes de pago) Frecuencia de pago: [ ] Semanal; [ ] Cada dos semanas [ ] Mensual;

[ ] Dos veces al mes

¿Tiene usted alguna licencia profesional?: [ ]Sí [ ]No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)?_____ No. de licencia:_____

NOMBRE DEL BANCO / COOPERATIVA DE CRÉDITO:

Tipo de Cuenta [ ] Corriente[ ] Ahorros No. de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta [ ] Corriente[ ] Ahorros No. de Cuenta: _____

SU HISTORIAL DE TANF (ASISTENCIA PÚBLICA):

[ ] Nunca en TANF [ ] Actualmente en TANF [ ] Anteriormente en TANF [ ] Historia desconocida

[ ] Recibe sólo Medicaid; [ ] Recibe sólo Cupones de Alimentos; Recibió TANF desde ____/ ___/ ___ **hasta** _____/___/_____

EMPLEOS ANTERIORES (ÚLTIMOS 3 AÑOS):

Indique la ciudad, el estado y el nombre del empleador. No se requieren direcciones completas:

_____

Nombre del empleador Ciudad, Estado Fechas de empleo

_____

Nombre del empleador Ciudad, Estado Fechas de empleo

_____

Nombre del empleador Ciudad, Estado Fechas de empleo

HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

Grado escolar más alto que usted ha cursado:

Título más alto obtenido: [ ] Ninguno [ ] GED [ ] Escuela técnica/AA [ ] Título universitario o superior Última escuela (secundaria, vocacional, universidad) a la cual asistió:

_____

Nombre Calle Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

ÓRDENES PREEXISTENTES DE MANUTENCIÓN INFANTIL QUE ESTÁN SIENDO PAGADAS PARA OTROS NIÑOS:

NOMBRE DEL TRIBUNAL Y NÚMERO DE CASO DEL TRIBUNAL	FECHA INICIAL DE LA ORDEN	NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	¿RECIBE TANF EL NIÑO?	CANTIDAD QUE PAGA SE REQUIERE EL REGISTRO DE PAGO
				$
				$

OTROS NIÑOS CALIFICADOS QUE VIVEN EN SU HOGAR PERO NO ESTÁN INCLUIDOS EN ESTA ACCIÓN
(NO INCLUYA A LOS/LAS HIJASTROS/AS):

NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL NIÑO	¿RECIBE TANF EL NIÑO?	¿PAGA O RECIBE MANUTENCIÓN INFANTIL POR ESTE NIÑO? CANTIDAD ORDENADA POR EL TRIBUNAL
			S
			S

OTROS NIÑOS

NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO / / NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO_/ /_

SU SINOPSIS FINANCIERA

Fuentes de Ingresos Brutos	Cantidad bruta promedio mensual	**Fuentes de Gastos**	Cantidad bruta promedio mensual
Salario / Sueldo (no incluya TANF)	$	Pago de renta o hipoteca	$
Comisiones, honorarios y propinas	$	Servicios Públicos (electricidad, gas natural/propano, teléfono)	$
Ingresos por trabajo por cuenta propia [Consulte la ley O.C.G.A. §19-6-15 (f)(I)(B) para más detalles]	$	Cuidado de niños (se requieren pruebas)	$
		Pensión alimenticia pagada (se requieren pruebas)	$
Bonos	$	Alimentos	$
Pagos por trabajar horas extras	$	Gastos o facturas médicas (no cubiertos por un seguro) (se requieren pruebas)	$
Indemnización por despido	$	Multas de la libertad condicional o a prueba	$
Ingresos recurrentes provenientes de pensiones o planes de retiro	$	Pago de Vehículo	$
Ingresos provenientes de intereses	$	Ropa	$
Ingresos provenientes de dividendos	$	Gastos de transporte/Visitación (se requieren pruebas)	$
Ingresos provenientes de un Fideicomiso	$	Manutención pagada por orden previa del Tribunal	$
Ingresos provenientes de rentas vitalicias	$	Impuestos sobre la propiedad	$
Ganancias sobre el capital	$	Recreación	$
Seguro Social por Discapacidad o Jubilación (No incluya SSI o el pago por los niños)	$	Seguro (de salud) (se requieren pruebas)	$
Beneficios de Compensación del Trabajadores	$	Seguro (de vida) (se requieren pruebas)	$
Beneficios de Compensación por Desempleo	$	Seguro (de automóviles, de casa)	$
Sentencias de Lesiones Personales u otros casos civiles	$	Seguro (Dental/Visión) (se requieren pruebas)	$
Regalos (dinero u otros regalos que se pueden convertir en dinero)	$	Bancarrota	$
Premios / Ganancias de la Lotería	$	Gastos extraordinarios de educación (ej. matrícula, libros, alojamiento y comidas) (se requieren pruebas)	$
Pensión alimenticia y manutención de personas fuera de este caso	$		
Activos usados para mantener a la familia	$	Gastos médicos extraordinarios del(de los) niño(s) (copagos, deducibles) (se requieren pruebas)	$
Incentivos (si reducen significativamente el costo de la vida)	$		
Cualquier otro ingreso, incluido los Ingresos Imputados (No incluya la asistencia pública sujeta a verificación de recursos, tales como TANF o Cupones de Alimentos)	$	Gastos especiales relacionados con la crianza del(de los) (ej. campamento, banda, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	$
		Otros:	$
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES:	$	**TOTAL DE GASTOS MENSUALES:**	$

SUS ACTIVOS: (Cuentas de banco, bonos, seguro de vida entera-valor en efectivo, CDs, cuentas de mercado monetario, propiedades, acciones, vehículos, etc.)

Descripción de los Activos:	Valor	Ubicación de los Activos / Sucursal
	$	
	$	
	$	

Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §I6-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada. Juramentado y afirmado,

Su firma: _____ SSN: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del Notario Público:_____ Fecha de expiración de la licencia/permiso: ___/___/___ **SELLO DEL NOTARIO:**

ÓRDENES DEL TRIBUNAL, ÓRDENES DE MANUTENCIÓN Y PAGOS ATRASADOS ADEUDADOS

Nota: Marque cada tipo de orden. DEBE proporcionar una copia certificada de la(s) orden(es) a hacer cumplir.

[ ] **NO existe una Orden del Tribunal** que requiera que uno de los padres pague manutención para los niños en este caso, debido a que:		
[ ] Actualmente estoy casada(o) con el padre/madre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés) (no divorciados)	Fecha de matrimonio:	Fecha de la separación:
[ ] Nunca me casé con el NCP. (DEBE completar una Declaración Jurada de Paternidad por cada hijo(a) de este NCP)		
[ ] ¿La madre del(de los) niño(s) estaba casada cuando nació(nacieron) el(los) niño(s)?	Fecha de matrimonio:	Fecha de la separación:
[ ] **SENTENCIA DE DIVORCIO [ ] ORDEN DE MANUTENCIÓN DE DCSS [ ] ORDEN DE LEGITIMACIÓN [ ] ORDEN DE CUSTODIA**		
Presentado en Condado, Estado de el día	[ ] No se le ordenó al NCP pagar manutención.	
Cantidad de Manutención ordenada: $ por	[ ] Por cada niño [ ] Por todos los niños	
Hay un pago atrasado (pendiente) de $ a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*	
[ ] DESACATO [ ] ORDEN DE MODIFICACIÓN [ ] ORDEN DE MENORES		
Presentado en Condado, Estado de el día	[ ] No se le ordenó al NCP pagar manutención.	
Cantidad de Manutención ordenada: $ por	[ ] Por cada niño [ ] Por todos los niños	
Hay un pago atrasado (pendiente) de $ a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*	
[ ] ORDEN DE URESA / UIFSA (orden de manutención de otro estado) Nota: Debemos obtener copias certificadas		
Presentado en Condado, Estado de el día	[ ] No se le ordenó al NCP pagar manutención.	
Cantidad de Manutención ordenada: $ por	[ ] Por cada niño [ ] Por todos los niños	
Hay un pago atrasado (pendiente) de $ a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*	
[ ] **ORDEN DE PROTECCIÓN TEMPORAL Nota: Debemos obtener copias certificadas**		
Presentado en Condado, Estado de el día	[ ] No se le ordenó al NCP pagar manutención.	
Cantidad de Manutención ordenada: $ por	[ ] Por cada niño [ ] Por todos los niños	
Hay un pago atrasado (pendiente) de $ a partir de	Complete la Declaración Jurada de Pagos Atrasados adjunta*	

***Notas: Los casos con órdenes del Tribunal requerirán que se complete una Declaración de Pagos Atrasados.**

Cualquier manutención que **NO** se pague a través de Georgia DCSS requerirá un historial de pago **certificado**.

HISTORIAL DE CASOS PRIVADOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL	
¿Ha tenido alguna vez un caso activo de manutención infantil con otra agencia estatal, abogado privado o agencia privada de cobros para el(los) niño(s) mencionado(s) en esta solicitud?	[ ] Sí [ ] No De ser así, haga una lista a continuación:
	Dónde:
	Cuándo:

DECLARACIÓN JURADA DE PAGOS ATRASADOS: Por favor muestre la cantidad total de manutención **adeudada y recibida** cada mes. Recibos, cheques cancelados, registros de pago, etc. podrían ser requeridos para demostrar la información en esta declaración jurada.

Año	Cantidad		Año	Cantidad		Año	Cantidad	
	Adeuda	Pagada		Adeud	Pagada		Adeuda	Pagada
Ene.	$	$	Ene.	$	$	Ene.	$	$
Feb.	$	$	Feb.	$	$	Feb.	$	$
Mar.	$	$	Mar.	$	$	Mar.	$	$
Abr.	$	$	Abr.	$	$	Abr.	$	$
Mayo	$	$	Mayo	$	$	Mayo	$	$
Jun.	$	$	Jun.	$	$	Jun.	$	$
Jul.	$	$	Jul.	$	$	Jul.	$	$
Ago.	$	$	Ago.	$	$	Ago.	$	$
Sep.	$	$	Sep.	$	$	Sep.	$	$
Oct.	$	$	Oct.	$	$	Oct.	$	$
Nov.	$	$	Nov.	$	$	Nov.	$	$
Dic.	$	$	Dic.	$	$	Dic.	$	$
Total Acumul	$	$	Total Acumul	$	$	Total Acumula	$	$

Año	Cantidad		Año	Cantidad		Año	Cantidad	
	Adeuda	Pagada		Adeuda	Pagada		Adeuda	Pagada
Ene.	$	$	Ene.	$	$	Ene.	$	$
Feb.	$	$	Feb.	$	$	Feb.	$	$
Mar.	$	$	Mar.	$	$	Mar.	$	$
Abr.	$	$	Abr.	$	$	Abr.	$	$
Mayo	$	$	Mayo	$	$	Mayo	$	$
Jun.	$	$	Jun.	$	$	Jun.	$	$
Jul.	$	$	Jul.	$	$	Jul.	$	$
Ago.	$	$	Ago.	$	$	Ago.	$	$
Sep.	$	$	Sep.	$	$	Sep.	$	$
Oct.	$	$	Oct.	$	$	Oct.	$	$
Nov.	$	$	Nov.	$	$	Nov.	$	$
Dic.	$	$	Dic.	$	$	Dic.	$	$
Total Acumul	$	$	Total Acumula	$	$	Total Acumul	$	$

Total adeudado: $ menos Total pagado: $_____ = Saldo adeudado: $_____a partir de

Certifico que toda la información que he suministrado es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Juramentado y afirmado,

Mi firma:_____ Fecha:_____

Firma del Notario Público: _____ Fecha de vencimiento de la Comisión: ___/___/___

SELLO DEL NOTARIO:

Número de caso de DCSS: «FIELD52»

Revised March 2016

TESTIMONIO GENERAL

Demandante Número de Seguro Social: Afiliación de Tribu (si es aplicable)	Caso de IV-D : [ ] [ ] TANF [ ] IV-E Foster Care [ ] Solo Medicaid [ ] Recibió Asistencia en el pasado [ ] Nunca Recibió Asistencia	Sellado y Archivado
Demandado Número de Seguro Social: Afiliación de Tribu (si es aplicable)	Caso de Non IV-D []	

Respondiendo Caso de IV-D Número	Iniciando Caso de IV-D Número
Respondiendo Número de Tribunal _____	Iniciando Número de Tribunal _____

Demandante es: [ ] Obligado [ ] Persona que no es el Padre y que cuida del niño
[ ] Deudor [ ] Foster Care

Demandado: [ ] Obligado [ ] Persona que no es el Padre y que cuida del niño
[ ] Deudor [ ] Foster Care

_____ jurando, bajo cargos de perjurio, testifica lo siguiente:
Nombre (Nombre y apellidos)

I. Información Personal Acerca de la Madre de los Niños [ ] Vea la Sección X

A.1. Madre es: [ ] Obligada [ ] Deudora	2. [ ] Otra Información No proveida

3. Nombre Completo (Nombre y apellidos; incluyendo apodo, alias, nombre de soltera, anteriores nombres de casada, etc.)

4. Domicilio [ ] Confirmado_____(fecha)	5. Número de Seguro Social	6. Fecha de Nacimiento
	7. Número de Teléfono de la Casa ( )	8. Número de Teléfono del Trabajo ( )
9. Trabajo y dirección [ ] Confirmado_____(fecha)	10(a). Ocupación, ó Profesión 10(b). Nivel Mas Alto de Educación	
11. Estimado Ingreso Bruto Mensual $	12. Otros Ingresos Mensuales (y fuentes de ingresos) $	

13. Propiedades (tipo y lugar)

B. Descripción Fisica de la Madre de los niños (Provea una foto si es disponible.)

1. Raza	2. Altura	3. Peso	4. Color de Pelo	5. Color de los Ojos

C. Presente Estado Civil de la Madre de los niños

1. [ ] Casada 2. [ ] Soltera 3. [ ] Viviendo con no Cónyuge
4. [ ] Divorciada 5. [ ] Legalmente Separada 6. [ ] Separada 7. [ ] Desconocido

TESTIMONIO GENERAL , PAGINA 2	Iniciando Caso de IV-D Número

D. Información acerca del Esposo Actual o Compañero de la Madre de los niños

1. Nombre del Esposo Actual o Compañero (Nombre y Apellidos)	2. Está empleado el Esposo Actual/ o Compañero? [ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce
3. Nombre y Dirección del Trabajo del Esposo/Compañero	4. Estimado Sueldo Bruto Mensual del Esposo o Compañero $

E. Es la madre de los niños responsable por dependientes otros que los que aparecen en la Sección V (pàginas 4 y 5)?
[ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce (Si responde si, provea la información de abajo.)

1.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación	d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $	Netos: $
2.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación	d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $	Netos: $
3.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento	
	c. Relación	d. Viviendo Con:	
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $	Netos: $

II. Información Personal Del Padre de los Niños

[ ] Vea la Sección X

A.1. El Padre es: [ ] Obligado [ ] Deudor	**2.** [ ] Otra Información No proveida	
3. Nombre Completo (Nombre y Apellidos; incluyendo apodos):		
4. Domicilio [ ] Confirmado_____(fecha)	**5.** Número de Seguro Social	**6.** Fecha de Nacimiento
	7. Número de Teléfono	**8.** Número del Trabajo
9. Nombre y Dirección del Trabajo [ ] Confirmado_____(fecha)	**10(a).** Ocupación, o Profesión	
	10(b). Nivel Mas Alto de Educación	
11. Estimados Ingresos Brutos Mensuales $	**12.** Otros Ingresos Mensuales $	
13. Propiedades (tipo y lugar)		

B. Descripción Fisica del Padre de los niños (Provea una foto si es disponible.)

Raza	Altura	Peso	Color de Pelo	Color de los Ojos

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 3 Iniciando Caso de IV-D Número

C. Presente Estado Civil del Padre de los Niños

1. [ ] Casado	2. [ ] Soltero	3. [ ] Viviendo con no Cónyuge	
4. [ ] Divorciado	5. [ ] Legalmente Separado	6. [ ] Separado	7. [ ] Desconocido

D. Información acerca de la Esposa Actual o Compañera del Padre de los niños

1. Nombre de la Esposa Actual o Compañera (Nombre y Apellidos)	**2.** Está empleada la Esposa Actual/ o Compañera? [ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce
3. Nombre y Dirección del Trabajo de la Esposa/ Compañera	**4.** Estimado Sueldo Bruto Mensual de la Esposa o Compañera $

E Es el padre de los niños responsable por dependientes otros que los que aparecen en la Sección V (pàginas 4 y 5)?

[ ] Si [ ] No [ ] Se desconoce (Si responde si, provea la información de abajo.)

1.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d.Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $ Netos: $
2.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d.Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $ Netos: $
3.	a. Nombre Completo (Nombre y Apellidos)	b. Fecha de Nacimiento
	c. Relación	d. Viviendo con:
	e. Ingresos	f. Ingresos Brutos Mensuales: $ Netos: $

III. Información Personal de la Persona que Cuida de los Niños pero que No es Uno de los Padres [ ] Vea Sección X

1. Relación de la Persona Encargada de Cuidar al Niño: [ ] Tiene custodia legal/tutela del niño	**2.** [ ] Otra Información No proveida		
3. Nombre Completo (Nombre y Apellidos; incluyendo apodos, nombre de soltera, nombre de casada, etc.)			
4. Domicilio [ ] Confirmado_____(fecha)	**5** Número de Seguro Social	**6.** Fecha de Nacimiento	**7.** Sexo: [ ] V [ ] H
	8. Número de Teléfono ( )	**9.** Número del Trabajo ( )	
10. Nombre y Dirección del Trabajo [ ] Confirmado_____(fecha)	**11(a).** Ocupación, o Profesión **11(b).** Nivel Mas Alto de Educación		
12. . Estimados Ingresos Brutos Mensuales $	**13.** Otros Ingresos Mensuales $		
14. Fecha Cuando los Niños Empezaron a Vivir con Persona que les Cuida			

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 4 Iniciando Caso de IV-D Número

IV. Relación Legal de los Padres [ ] Vea Sección X

1. [ ] Nunca se casaron **2.** [ ] Casados el dia_____en _____
Fecha Condado/Estado

3. [ ] Casados por ley común por el period de _____en_____
Fechas Condado/Estado

4. [ ] Separados el dia _____ **5.** [ ] Divorciados el dia_____en_____
Fecha Fecha Condado/Estado

6. [ ] Separados Legalmente el dia_____en_____
Fecha Condado/Estado

7. [ ] Divorcio pendiente en_____ **8.** [ ] Orden de Manutención de Menores _____
Condado/Estado Fecha

9. [ ] No orden de Manutención de Menores **10.** [ ] Otro _____

11. Tribunal y Lugar (Divorcio, Separacón Legal, Orden de Manutención de Menores):

V. Niños Dependientes en esta Acción [ ] Vea Sección X

A. Ponga solo los niños del deudor (nombrados en la página 1 de esta forma). [ ] Otra Información No proveida

1.	**a.** Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		**f.** Paternidad Establecida? [ ] Si (ponga como) [ ] No
	b. Domicilio		[ ] Por medio de una orden [ ] Por acceptamiento voluntario [ ] Por adopción [ ] Por presumpción matrimonial conclusiva [ ] Otro:
			g. Orden de Manutención de Menores Establecida? [ ] Si [ ] No
	c.: Número de Seguro Social		**h.** Viviendo con el Demandante? [ ] Si [ ] No
	d. Sexo	**e.** Fecha de Nacimiento	
2.	**a.** Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		**f.** Paternidad Establecida? [ ] Si (ponga como) [ ] No
	b. Domicilio		[ ] Por medio de una orden [ ] Por acceptamiento voluntario [ ] Por adopción [ ] Por presumpción matrimonial conclusiva [ ] Otro:
			g. Orden de Manutención de Menores Establecida? [ ] Si [ ] No
	c.: Número de Seguro Social		**h.** Viviendo con el Demandante? [ ] Si [ ] No
	d. Sexo	**e.** Fecha de Nacimiento	
3.	**a.** Nombre Completo (Nombre y Apellidos)		**f.** Paternidad Establecida? [ ] Yes (ponga como) [ ] No
	b. Domicilio		[ ] Por medio de una orden [ ] Por acceptamiento voluntario [ ] Por adopción [ ] Por presumpción matrimonial conclusiva [ ] Otro:
			g. Orden de Manutención de Menores Establecida? [ ] Si [ ] No
	c. Número de Seguro Social		**h.** Viviendo con el Demandante? [ ] Si [ ] No
	d. Sexo	**e.** Fecha de Nacimiento	

TESTIMONY GENERAL, PAGINA 5

Iniciando Caso de IV-D Número

4. a. Nombre Completo (Nombre y Apellido)			**f.** Paternidad Establecida? [ ] Si (ponga como) [ ] No
	b. Domicilio		[ ] Por medio de una orden [ ] Por acceptamiento voluntario [ ] Por adopción [ ] Por presumpción matrimonial conclusiva [ ] Otro:
			g. Orden de Manutención de Menores Establecida? [ ] Si [ ] No
	c.: Número de Seguro Social		**h.** Viviendo con el Demandante? [ ] Si [ ] No
	d. Sexo	**e.** Fecha de Nacimiento	

B. Los niños empezaron a residir en __ __ en _____.
Estado Mes/Año

VI. Seguro Médico

[ ] Vea Sección X

1. Es requerido que el deudor provea con seguro médico a los niños por medio de una orden de manutención de menores? [ ] Si [ ] No

2. Es requerido que el deudor provea un seguro médico para el obligado por medio de una orden de manutención de menores?
[ ] Si [ ] No

3. Cobertura médica para niños dependientes que aparecen en la Sección V y/o el obligado es proveida por:

	Para niños dependientes	Para el Obligado	Compañia de Seguros del Obligado:	
Obligado	[]	[]		
Deudor	[]	[]	Número de Póliza:	
Medicaid del Estado	[]	[]	Compañia de Seguros del Deudor:	
Trabajo del Obligado	[]	[]		
Trabajo de Deudor	[]	[]	Número de Póliza:	
Otro _____	[]	[]	Otra Compañia de Seguros :	
Desconocido	[]	[]		
No Cobertura	[]	[]	Número de Póliza:	

4. El costo pagado mensualmente por el obligado para el seguro médico para los niños del deudor es solo:$_____
(Si seguro médico es proveido por el obligado o el trabajo del deudor, salte al número 6).

5. El obligado puede comprar el necesitado seguro médico a un costo mensual de:$_____

6. Estuvieron los niños alguna vez cubiertos por un seguro médico proveido por el deudor/obligado, o el trabajo del deudor/obligado?
[ ] Si [ ] No [ ] Desconocido

7. Alguno de los niños tiene necesidades especiales o gastos extraordinarios médicos no cubiertos por el seguro?
[ ] Si [ ] No
(Si contesta “Si", por favor indique que niño y el tipo de necesidades especiales/gastos médicos extraordinarios y los costos. Incluya pruebas.)

8. Está el obligado pidiendo que el deudor le reembolse con cubierta de seguro médico? [ ] Si [ ] No [ ] Desconocido

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 6 Iniciando Caso de IV-D Número

VII. Orden de Manutención de Menores e Información de Pagos

[ ] Vea Sección X

1. Existe una orden de manutención de menores? (Si "No", pase a la pàgina 7.) [ ] Si [ ] No

2. Residian los niños con el deudor por algún tiempo durante el periodo por el cuál estamos intentando obtener la orden de manutención de menores, excepto durante periodos de visitas especificadas por una orden de un tribunal? [ ] Si [ ] No Si su respuesta es "Si", Identifique los Periodos de Residencia:

Desde: _____Hasta:_____

3. Si una modificación es requerida, indique en que se basa para pedirla:

[ ] Los ingresos del deudor han incrementado o se han reducido substancialmente.
[ ] Los ingresos del obligado han incrementado o se han reducido substancialmente.
[ ] Las necesidades del deudor/obligado o de los niños se han incrementado o se han reducido substancialmente.
[ ] Otro, Explique _____

4. Describa todas las ordenes de manutención de menores (incluyendo todas las ordenes pertinentes y modificaciones). NOTA: si más de tres (3) ordenes existen, añada una completa descripción como la de abajo para cada una.

Fecha de la Orden	Cantidad $	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos $	Por Mes/Semana/etc
Interes $_____ hasta _____(fecha)			Atrasos Totales $_____ hasta _____(fecha)	
Nombre del Tribunal y Dirección				

Fecha de la Orden	Cantidad $	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos $	Por Mes/Semana/etc
Interest $_____ hasta _____(fecha)			Atrasos Totales$_____ hasta _____(fecha)	
Nombre del Tribunal y Dirección				

Fecha de la Orden	Cantidad $	Por Mes/Semana/etc.	Para los Atrasos $	Por Mes/Semana/etc.
Interest $_____ hasta _____(fecha)			Atrasos Totales $_____ hasta _____(fecha)	
Nombre del Tribunal y Dirección				

5. Reembolso de Cuentas Médicas sin Pagar $_____hasta _____
(documentación proveida) Fecha

6. Otras Cuentas Pendientes y Cargos $_____hasta _____
Fecha

Explique: _____

7. Pagos Directos al Obligado: [ ] Declaración jurada del Obligado Proveida [ ] No Pagos Directos Recividos

8. Historial de pagos de manutención de menores del deudor :

[ ] Copia certificada del historial de pagos del tribunal/agencia es proveido. (Salte a la página 7)
[ ] Historial de pagos proveido en la página 6a
[ ] No Aplicable; el Estado que responde no lo requiere. (Salte a la página 7)

Desde el (Año) hasta el (Año):	Agencia Que Preparó la Auditoria/Historial de Pagos:

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 6a

Iniciando Caso de IV-D Número

Historial de Pagos del Deudor

Atrasos Adjudicados $_____ hasta _____
Fecha de la Orden

Año: _____ Año: _____

	Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo		Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo
Enero							
Feb							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Sept							
Octubre							
Nov							
Dic							
Total							

Año: _____ Año: _____

	Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo		Cantidad	Cantidad Pagada	Saldo
Enero							
Feb							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Sept							
Octubre							
Nov							
Dic							
Total							

Total de Atrasos Adjudicados y Atrasos Acumulados $_____ hasta _____
Fecha

_____

Fecha | Nombre/Titulo, Agencia o Tribunal | Firma

_____

Jurado y Firmado delante de mi este Dia, Condado, Estado | Notario Público, Official y Título | Caduca Commisión

VIII. TANF/Foster Care/Estado de Asistencia Médica [ ] Vea Sección X

[Si no fueron pagados beneficios de TANF/Foster Care/Asistencia Médica, salte a la Sección IX.]

1. Periodo durante el cual TANF/Foster Care fué pagado:

Desde:_____/_____ Hasta:_____/_____Por:_____
Primer mes año Ultimo mes año Estado

2. Cantida Total de TANF/Foster Care pagada: $_____ hasta _____
Fecha

3. Asistencia Médica relacionada con prenatal, postnatal, o gastos generales que fueron pagados en la cantidad de $_____por: _____.
Agencia o Persona

IX. Información Financiera [ ] Vea Sección X

Información requerida varia basado en las reglas y leyes del Estado respondiendo. Actualizaciones podrian ser requeridas.

A. Ingresos Mensuales de Todas las Fuentes:

1. Está el demandante empleado? [ ] Si; ocupación: _____ [ ] No tiene ingresos: _____

2. Ingresos Brutos Mensuales		Demandante	Esposo/Compañero	Dependientes del Deudor
	a) Asistencia Pública	$_____	$_____	$_____
	i) SSI	$_____	$_____	$_____
	ii) Asistencia Familiar	$_____	$_____	$_____
	iii) Otro	$_____	$_____	$_____
	b) Salario básico	$_____	$_____	$_____
	c) Horas extraordinarias , comisiones, propinas, bonos, jornada partida	$_____	$_____	$_____
	d) Compensación de Desempleo	$_____	$_____	$_____
	e) Compensación de trabajadores	$_____	$_____	$_____
	f) Incapacidad del Seguro Social	$_____	$_____	$_____
	g) Retiro del Seguro Social	$_____	$_____	$_____
	h) Dividendos e interes	$_____	$_____	$_____
	i) Ingresos de renta vitalicia	$_____	$_____	$_____
	j) Pensiones, Retiros	$_____	$_____	$_____
	k) Manutención de menores	$_____	$_____	$_____
	l) Pensión alimenticia	$_____	$_____	$_____
	m) Todas otras fuentes	$_____	$_____	$_____

Explique "otras fuentes": _____

3. **Total Mensualidad Bruta** (lineas "2a" hasta "2m")		$_____	$_____	$_____
4. Deducciones de Ingresos Brutos	a) Inpuestos Federales	$_____	$_____	$_____
	b) Impuestos del Estado	$_____	$_____	$_____
	c) Impuestos Locales	$_____	$_____	$_____
	d) F.I.C.A	$_____	$_____	$_____

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 8

Iniciando Caso de IV-D Número

5. **Ajustados Ingresos Netos Mensuales** (lineas "3" menos lineas "4a hasta 4d")	Demandante	Esposo/Compañero	Dependientes del Deudor
	$_____	$_____	$_____
6. Otras Deducciones			
a) Ahorros	$_____	$_____	$_____
b) Reembolso de préstamo	$_____	$_____	$_____
c) Retiro Mandatorio	$_____	$_____	$_____
d) Retiro no Mandatorio	$_____	$_____	$_____
e) Seguro Médico	$_____	$_____	$_____
f) Cuotas Sindicales	$_____	$_____	$_____
g) Otro (especifique)	$_____	$_____	$_____
7. **Ingresos Mensuales Netos** (linea "5" menos lineas "6a hasta 6g")	$_____	$_____	$_____
8. **Ingresos Brutos del Año Anterior**	$_____	$_____	$_____

Adjunte los tres más recientes talones de pago de cada trabajo de cada persona.

B. Gastos Mensuales	Demandante	Dependientes del Deudor
1) Alquiler/Hipoteca	$_____	$_____
2) Seguro de Viviendas/Seguro para Inquilinos	$_____	$_____
3) Mantenimiento de la Casa y Reparos	$_____	$_____
4) Calefacción	$_____	$_____
5) Electricidad/Gas	$_____	$_____
6) Teléfono	$_____	$_____
7) Agua/Basura	$_____	$_____
8) Comida	$_____	$_____
9) Lavanderia/Tintoreria.	$_____	$_____
10) Ropa	$_____	$_____
11) Seguro de Vida	$_____	$_____
12) Seguro Médico	$_____	$_____
13) Gastos Extraordinarios sin Seguro Médico (Adjunte documentación)	$_____	$_____
14) Otros Gastos Relacionados con la Salud sin Seguro Médico	$_____	$_____
15) Pago de Coche	$_____	$_____
16) Seguro de Coche	$_____	$_____
17) Gastos de Coche	$_____	$_____
18) Otro Transporte	$_____	$_____
19) Guarderia o niñera		
Proveedor: _____		
Frequencia: _____ Por _____		
20) Pagos de Manutención de Menores , cantidad actual pagada	$_____	$_____
21) Servicio de Internet	$_____	$_____
22) Otro; Explique:		
Total de Gastos Mensuales (lineas 1 hasta 22)	$_____	$_____

TESTIMONY GENERAL, PAGINA 9

Iniciando Caso de IV-D Número

C. Bienes:

1.) Propiedades			
	Dirección		
	Dueño		
	Titulo		
$_____	**menos**	$_____ =	$ _____
Valor		Hipoteca	
2) IRA, Keogh, Pensión, Participación de beneficios, Otros Planes de Retiro			
_____			$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta			
_____			$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta			
3.) Anualidad del Plan de Impuestos Diferidos			$ _____
4.) Seguro de Vida de Valor Actual en Efectivo			$ _____
5.) Cuenta Corriente y de Ahorros , Cuentas Money Market y CDs			
_____			$ _____
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta			$ _____
_____			
Institución o Nombre del Plan y Número de Cuenta			
6.) Automóbiles/Vehiculos			

_____	_____	_____	$_____	menos	$ _____	= $_____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito	
_____	_____	_____	$_____	menos	$ _____	= $_____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito	
_____	_____	_____	$_____	menos	$ _____	= $_____
Marca	Modelo	Año	Valor Estimado		Saldo de Crédito	

7) Otro (ejemplo:, Propiedad Personal, Valores, etc). Describa: _____	$_____
Total de Bienes (lineas 1 hasta 7)	$_____

formIGT

X. Otra Información Pertinente

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

XI. Verification

[ ] Adjunto está el requerido número de copias de todas las ordenes de manutención de menores para el caso.

También están adjuntos e incorporados por referencia:

[ ] Copia de los expedients de pagos certificados de la manutención de menores.
[ ] Copias de los tres más recientes talones de pago del trabajo más reciente.
[ ] Copias de facturas de prenatal, postnatal y cuidado general de la madre y del niño.
[ ] Cesión o subrogación de los derechos de manutención.
[ ] "Declaración Jurada en Apoyo de Establecer la Paternidad" para cada niño cuya paternidad está en cuestión.
[ ] Copias de las aptas de nacimiento del niño o niños.
[ ].Reconocimiento de paternidad
[ ] Documentación de custodia legal/tutela de los niños.
[ ] Documentación de que los niños están en foster care.
[ ] Otro:_____

Toda la información y datos contenidos en este Testimonio General son verdaderos y correctos a mi/nuestro leal saber y entender.

Fecha	Demandante (Nombre/Titulo)	Firma
Fecha	Agencia Representante (Nombre/Titulo)	Firma
Jurado y Firmado Delante de mi Este Dia Condado/Estado	Notario Público, Tribunal/Agencia Oficial y Titulo	Caduca Comisión

Nathan Deal
Governor

Robyn A. Crittenden
Commissioner

Georgia Department of Human Services

Aging Services | Child Support Services | Family & Children Services

Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA
Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Fecha: *5 de junio de 2015*

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE.

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) es una agencia de la Rama Ejecutiva del gobierno de Georgia a cargo de administrar numerosos programas federales responsables de guardar, usar y mantener la información médica y otra información confidencial. Las leyes federales y estatales establecen requisitos estrictos para estos programas en relación con el uso y la divulgación de información protegida y confidencial. DHS está obligado a cumplir con estas leyes como se declara en esta notificación.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:

A DHS se le requiere por ley:

- Mantener la confidencialidad de la Información Médica Protegida;
- Entregarle esta notificación de nuestras obligaciones y prácticas privadas con referencia a la información médica de usted; y
- Cumplir con los términos de la notificación vigente actualmente.

CÓMO DHS PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en las que DHS puede usar y divulgar la información médica que lo identifica a usted ("Información de salud"). Con excepción de los propósitos explicados a continuación, DHS usará y divulgará su Información de Salud solamente con su consentimiento por escrito. Usted puede revocar tal permiso en cualquier momento mediante una carta al Funcionario de Privacidad de HIPAA (*HIPAA Privacy Officer*) a la dirección de contacto indicada anteriormente.

Para Tratamiento. DHS puede usar y divulgar su Información de Salud para proveerle tratamiento médico o servicios de cuidado relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, DHS puede divulgar su Información de Salud a médicos, enfermeros, técnicos u otro personal que participe en su cuidado médico y necesite información para proveerle cuidado médico.

Para pago. DHS puede usar y divulgar su Información de Salud para que DHS u otros puedan facturar y recibir pagos relacionado con su cuidado, una compañía de seguro o terceros por el tratamiento y servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, DHS podría dar la información a su plan de salud para que su tratamiento sea pagado.

Para operaciones de cuidado de la salud. DHS puede usar y divulgar Información de Salud para propósitos de operaciones de cuidado de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para

asegurarnos de que usted reciba cuidados de calidad y para operar, dirigir y administrar las funciones de la agencia. Por ejemplo, DHS puede usar y divulgar información para asegurarse de que los cuidados médicos que usted recibe son de calidad superior. DHS también puede compartir información con otras entidades con las cuales usted tiene una relación (por ejemplo, su plan de salud) para propósitos de operaciones de cuidado de la salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. DHS puede usar y divulgar Información de Salud para comunicarse con usted con el propósito de recordarle su cita con un médico. DHS también puede usar y divulgar Información de Salud para hablarle de las alternativas de tratamiento o de los beneficios y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar.

Personas que participan en su cuidado o pagan por su cuidado. Cuando sea adecuado, DHS puede compartir su Información de Salud con una persona que participa en su cuidado médico o paga por su cuidado, como su familia o un amigo cercano. DHS también puede notificar a su familia sobre su localización o condición general o divulgar tal información a una entidad que ayude con esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, DHS puede usar y divulgar Información de Salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto investigativo podría comparar la salud de pacientes que reciben un tratamiento con la de los que reciben otro tratamiento para la misma condición de salud. Antes de que DHS use o divulgue Información de Salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación.

Aun sin la aprobación especial, DHS podrá permitir a los investigadores ver los expedientes con el propósito de ayudarlos a identificar a pacientes que podrían ser incluidos en el proyecto investigativo o con propósitos similares, siempre y cuando no saquen o hagan una copia de cualquier Información de Salud.

SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo requiera la ley. DHS divulgará Información de Salud cuando sea requerido por las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad. DHS puede usar y divulgar Información de Salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza seria contra su salud y su seguridad o la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, solamente se divulgará a alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Asociados comerciales. DHS puede divulgar Información de Salud a nuestros asociados comerciales que desempeñan funciones en nombre nuestro o nos proveen sus servicios, si dicha información fuera necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, DHS podrá utilizar los servicios de una entidad diferente para desempeñar servicios de cobro. Todos los asociados comerciales de DHS están obligados a proteger la información de privacidad y no tienen permiso para usar o divulgar ninguna otra información que no esté especificada en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, DHS puede usar o hacer pública Información de Salud a organizaciones que se encargan del manejo de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, el almacenamiento o el transporte de órganos, ojos o tejidos, con el fin de facilitar la donación y el transporte de éstos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, DHS puede hacer pública la Información de Salud como es requerido por las autoridades del comando militar. DHS puede también divulgar Información de Salud a las autoridades militares adecuadas en el extranjero si usted es miembro de las fuerzas armadas extranjeras.

Compensación laboral. DHS puede hacer pública Información de Salud para Compensación a los Trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos a la salud pública. El DHS puede divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades: reportar nacimientos y muertes; reportar abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas acerca del retiro de productos que puedan estar usando; una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y la autoridad gubernamental adecuada si se cree que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. DHS solamente divulgará esto si usted está de acuerdo o si la ley así lo exige o lo autoriza.

Actividades de supervisión de la salud. DHS puede divulgar su Información de Salud a una agencia supervisora de actividades de la salud que la ley autorice. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Fines de notificación cuando hay filtración de información. DHS puede usar o divulgar su Información de Salud para proporcionar las notificaciones requeridas por la ley en caso de acceso o divulgación de su Información de Salud sin su autorización.

Demandas y disputas. Si usted es parte de una demanda o una disputa, DHS puede divulgar su Información de Salud en respuesta a un mandato judicial o administrativo. DHS también puede divulgar Información de salud en respuesta a una citación, una solicitud de revelación de pruebas u otro proceso legal por otra persona que sea parte de la disputa, siempre y cuando se hayan tomado las medidas necesarias para avisarle de la solicitud o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

En cumplimiento de la ley. DHS puede revelar su Información de Salud si se la solicita un funcionario del orden público si la información es: (1) en respuesta a una orden del tribunal, una citación judicial, un emplazamiento o un proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un crimen aun si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podamos obtener la autorización de dicha persona; (4) sobre una muerte que creamos que sea el resultado de una conducta criminal; (5) sobre una conducta criminal en nuestros predios; y (6) en caso de una emergencia para informar de un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, la descripción o la localización de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. DHS puede revelar su Información de Salud a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. DHS también puede revelar Información de Salud a directores de funerarias si fuera necesario para el cumplimento de sus deberes.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. DHS puede divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección para el presidente de los EE. UU. y otros. DHS puede divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Presos o personas bajo custodia. Si usted está preso en una institución penal o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, DHS puede revelar su Información de Salud a la institución penal o al funcionario del orden público. Esto será necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE LE EXIGEN A DHS DARLE A USTED UNA OPORTUNIDAD PARA OBJETAR Y OPTAR

Personas que participan en su cuidado o pagan por su cuidado. A menos que usted se oponga, DHS puede divulgar a un miembro de su familia, a un pariente, a un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted designe, la parte de su Información Protegida de Salud que se relacione directamente con la participación de dicha persona en el cuidado de su salud. Si usted no puede aceptar u objetar dicha divulgación, DHS puede divulgar dicha información si lo considera necesario para su bienestar, basado en el criterio profesional de DHS.

Socorro en casos de desastre. DHS puede divulgar su Información Protegida de Salud a organizaciones de socorro en casos de desastre que busquen su Información Protegida de Salud para coordinar su cuidado o notificar a su familia o amigos sobre su localización o condición en un desastre. DHS le dará la oportunidad de aprobar u objetar dicha divulgación cuando sea práctico hacerlo.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud se harán únicamente con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud para propósitos de mercadeo; y,

2. Divulgaciones que constituyen una venta de su Información Protegida de Salud.

Otros usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud que no estén cubiertos bajo esta notificación o bajo las leyes que regulan a DHS, solo se harán con la autorización de usted por escrito. Si usted, en efecto, provee una autorización a DHS, usted puede anularla en cualquier momento, mediante la presentación de una anulación por escrito al Funcionario de Privacidad. Una vez recibida la petición, DHS no divulgará más su Información Protegida de Salud bajo la autorización. Sin embargo, las divulgaciones que se hagan de acuerdo con su autorización antes de que usted la anule, no se verán afectadas por su anulación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con referencia a la Información de Salud que DHS guarda sobre usted:

Derecho de inspeccionar y recibir copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir copias de la Información de Salud que podría ser utilizada para pagos o para tomar decisiones sobre su cuidado. Esto incluye los expedientes médicos y de facturas que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y recibir copias de Información de Salud, usted debe presentar su pedido por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA. DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición la Información Protegida de Salud y puede cobrarle una cantidad razonable por los costos de copiar, enviar por correo u otros materiales relacionados con su pedido. DHS no puede cobrarle si usted necesita la información para hacer una reclamación de beneficios según la Ley de Seguridad Social o de cualquier otro beneficio estatal o federal basado en la necesidad. DHS puede denegarle su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si DHS, en efecto, le deniega su petición, usted tiene el derecho de solicitar que la denegación sea revisada por un profesional de atención de la salud

licenciado que no haya participado directamente en la denegación de su petición y DHS cumplirá con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de expedientes médicos electrónicos. Si su Información Protegida de Salud es mantenida en un formato electrónico (conocido como un expediente médico electrónico o un expediente electrónico de salud), usted tiene derecho a pedir que se le entregue una copia electrónica de su registro o que sea transmitida a otra persona o entidad. DHS hará todo lo posible para proporcionar acceso a su Información Protegida de Salud en la forma o formato que usted solicite, si la información es fácil de reproducir en dicha forma o formato. Si la Información Protegida de Salud no es fácil de reproducir en la forma o formato que usted solicite, se le proporcionará su expediente en alguno de nuestros formatos electrónicos estándar. Si usted no quiere esta forma o formato, recibirá una copia legible impresa. DHS puede cobrarle un cargo razonable, basado en el costo del trabajo asociado con la transmisión del expediente médico electrónico.

Derecho a recibir una notificación cuando se produce una infracción. Usted tiene derecho a recibir una notificación si se produce una infracción respecto a su Información Protegida de Salud no segura.

Derecho a enmienda. Si usted entiende que la Información de Salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted podría solicitar que enmendemos la información. Usted tiene derecho a pedir que se realice una enmienda mientras la información se mantenga por o en nuestra oficina. Para pedir una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA.

Derecho a una lista de divulgaciones. Usted tiene derecho a pedir una lista de ciertas divulgaciones de Información de Salud que DHS haya hecho para propósitos ajenos a los tratamientos, pagos y operaciones de atención médica o para los cuales usted haya proporcionado una autorización por escrito. Para pedir una lista de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones de la Información de Salud que DHS usa o divulga sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar un límite de la información médica que nosotros divulgamos sobre usted a alguien que participe en su cuidado o el pago por su cuidado, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que DHS no comparta información sobre un diagnóstico en particular o tratamiento con su cónyuge. Para pedir una restricción, usted debe hacer una petición por escrito al Funcionario de Privacidad HIPAA. DHS no está obligado a aceptar su solicitud, a menos que usted esté solicitando al DHS restringir el uso y la divulgación de su Información Protegida de Salud a un plan de salud para propósitos de pago o actividades relacionadas con las operaciones de cuidado de su salud y la información que desea restringir se refiera exclusivamente a un artículo de cuidado de la salud o un servicio por el cual usted pagó en su totalidad, con su propio dinero. Si DHS está de acuerdo, cumpliremos con su pedido, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que DHS se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que DHS solamente lo contacte por correo o en su trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe presentar una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser contactado. DHS atenderá las solicitudes razonables.

Derecho a una copia en papel de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Usted puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque usted haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, usted todavía

tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Para obtener una copia en papel de esta notificación, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de HIPAA.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN:

DHS se reserva el derecho de cambiar esta notificación y hacer que la nueva notificación aplique a la Información de Salud que ya tenemos sobre usted, así como también a cualquier información que recibamos en el futuro. DHS publicará una copia de la notificación actual en nuestras oficinas. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta notificación, comuníquese con:

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Funcionario de Privacidad de HIPAA
HIPAADHS@dhs.ga.gov

Si usted entiende que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. **Usted no será sancionado por presentar una queja.**

Usted también puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para obtener más información sobre los requisitos de privacidad de HIPAA, los reglamentos de transacciones electrónicas y los códigos establecidos de HIPAA y las normas de seguridad de HIPAA propuestas, visite el sitio web de ACOG www.acog.org o llame al (202) 863-2584.

He leído, entiendo y doy por recibida la Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA de DHS.

_____ _____
Firma Fecha

_____
Nombre en letra de molde

Aviso al solicitante: *Presente esta Notificación HIPAA firmada junto con todos los materiales de la solicitud a la oficina de la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS) más cercana. No es necesario enviar por correo la Notificación HIPAA por separado a menos que se notifique a un representante de la División de Servicios de Manutención Infantil.*

DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Para que la manutención infantil se envíe directamente a su cuenta corriente o caja de ahorros, lea, complete e imprima este formulario. Incluir un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada con su formulario. Envíe por correo el cheque anulado o la boleta de depósito de caja de ahorros anulada y este formulario a su oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

Sección 1: ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DIRECTO DE PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Autorizo a la División de Manutención Infantil (DCSS) a depositar mis pagos de manutención infantil directamente en mi cuenta corriente o caja de ahorros según se especifica a continuación. **La DCSS también está autorizada a ajustar cualquier exceso/faltante que se ha hecho en mi cuenta corriente o caja de ahorros**. Comprendo que los depósitos/ajustes se realizarán electrónicamente mediante transacciones de compensación automatizada y debo dar a la Reserva Federal dos días hábiles desde la fecha de desembolso para que estos fondos estén disponibles para mi institución financiera. También comprendo lo siguiente: es mi responsabilidad brindar la información de enrutamiento y la información de cuenta correctas para las transmisiones de compensación automatizada adjuntando un cheque anulado o un impreso de la institución financiera anulado para esta autorización. La DCSS no realiza una validación de cuenta para verificar mi información. Notificaré de inmediato a la DCSS si ocurre algún cambio en mi información bancaria. Debo presentar un nuevo formulario de autorización para modificar mi depósito directo. Puedo interrumpir mi depósito directo notificando a la línea gratuita de la DCSS o a la oficina local. Debo notificar a la oficina local de la DCSS sobre cualquier cambio en mi domicilio. Debo incluir mi nombre y número de caso en toda la correspondencia sobre el depósito directo. La línea gratuita y el sitio web de la DCSS proporcionan la fecha en la que el sistema de la DCSS desembolsó mi pago; debo verificar con mi institución financiera cuándo se publica el pago en mi cuenta y cuándo mis fondos están disponibles para ser retirados.

Con mi firma a continuación manifiesto que he leído y que acepto todas las condiciones enumeradas anteriormente.

Firma:_____ **Firmado el día:** _____

*******POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN CON LETRA DE IMPRENTA O LEGIBLE EN TINTA*******

Sección 2:	**INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA**	
Nombre: (Según aparece en su cheque del DDS de Georgia)	Número de caso de la DCSS de Georgia:	
Número de seguro social:	Números de caso adicionales de la DCSS de Georgia:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono para uso durante el día:	**Correo electrónico:**	

Sección 3:	**INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA**	
Nombre de la institución financiera:		
Número de enrutamiento:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta: [ ] Cuenta corriente [ ] Caja de ahorros
Ciudad:	Estado:	Teléfono:

Sección 4:	*******PARA USO EXCLUSIVO DE LA DCSS*******	
Fecha de recepción: ___/___/___ Iniciales:	Fecha de entrada: ___/___/___ Iniciales:	Fecha de verificación: ___/___/___ Iniciales:

Por favor verifique toda la información. Luego, envíe por correo este formulario completo junto con un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada a la oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

Marque aquí si es una cuenta "Solo para tarjeta bancaria" [_]

Para su información: Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en **https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon**. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free).

Tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia

La División de Manutención Infantil (DCSS) ya no envía los pagos de manutención infantil por correo a través de cheques de papel. Si no envía una solicitud para que sus pagos de manutención infantil se depositen en su cuenta corriente o caja de ahorros, se le enviará por correo una tarjeta de débito MasterCard a través del servicio de correo de primera clase dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que el primer pago de manutención infantil se realiza para su caso.

La tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia le permite:

1. Realizar compras en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
2. Obtener reembolsos en efectivo en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
3. Realizar extracciones por ventanilla del banco o cajeros automáticos en donde se acepte MasterCard
4. Acceder a sus pagos de manutención infantil desde cualquier parte en EE. UU. en donde se aceptan las tarjetas de débito MasterCard

Si no recibe su EPPICard dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que su pago de manutención infantil se publica en su caso, contacte al Servicio al cliente de EPPICard en Georgia al 1-800-656-1347. Una vez que haya recibido y activado su EPPICard, podrá recibir alertas de pago creando una cuenta en el sitio web de EPPICard.

Su EPPICard de Georgia expirará cada tres años y se le enviará una nueva tarjeta por correo. ***Asegúrese de mantener actualizada su dirección con la DCSS cada vez que su dirección cambie.***

Para su información: Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free).

Revised March 2016