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 1-877-423-4746 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 1-877-423-4746

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) _____

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

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

formIGT

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)	$_____

TESTIMONIO GENERAL, PAGINA 10 Iniciando Caso de IV-D Número

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, Gobernador **Keith Horton, Comisionado**

Georgia Department of Human Services ▪ Division of Child Support Services ▪ Tanguler Gray-Johnson, Director
Two Peachtree Street, NW ▪ 20th Floor ▪ Atlanta, GA 30303 ▪ 404-657-3851 ▪ 404-657-3326 (Fax)

Aviso sobre prácticas de privacidad de la HIPAA
Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Vigente desde: 15 de agosto de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELO ATENTAMENTE.

Si tiene alguna pregunta en relación a este aviso, contacte a:
Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Funcionario de Privacidad de la HIPAA
HIPAA1@dhr.state.ga.us

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) es una agencia del Poder Ejecutivo del gobierno de Georgia a cargo de la administración de numerosos programas federales responsables del almacenamiento, el uso y el mantenimiento de información médica y otra información confidencial. Las leyes federales y estatales establecen requisitos estrictos para estos programas respecto de la divulgación de información confidencial y protegida. El DHS debe cumplir con esas leyes, como se indica a lo largo de todo este Aviso.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Las leyes exigen que el DHS:

- Mantenga la privacidad de la información médica protegida.
- Le proporcione este aviso de nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad respecto de información médica sobre usted.
- Respete los términos de nuestro aviso actualmente vigente.

CÓMO EL DHS PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

El texto que sigue describe las maneras en que el DHS puede usar y divulgar información médica que lo identifique a usted ("Información médica"). Excepto para los propósitos que se describen a continuación, el DHS usará y divulgará Información médica solo con su permiso por escrito. Usted puede revocar ese permiso en cualquier momento si escribe al Funcionario de Privacidad de la HIPAA utilizando la información de contacto que se proporcionó antes en este documento.

Para tratamiento. El DHS puede usar y divulgar Información médica para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con su tratamiento. Por ejemplo, el DHS puede divulgar Información médica a doctores, enfermeros, técnicos u otro personal que participe en su atención médica y que necesite la información para brindarle atención médica.

Para pagos. El DHS puede usar y divulgar Información médica de modo que el DHS u otros (una compañía de seguros o un tercero) puedan facturar y recibir pagos relacionados con su atención, por el tratamiento y los servicios que usted recibió. Por ejemplo, el DHS puede proporcionar información a su plan de salud para que se pueda pagar un tratamiento.

Para operaciones de atención médica. El DHS puede usar y divulgar Información médica para propósitos de operaciones de atención médica. Esos usos y estas divulgaciones son necesarios para asegurar que se reciba una atención de calidad y para operar, gestionar y administrar las funciones de la agencia. Por ejemplo, el DHS puede usar y divulgar información para asegurar que la atención médica que usted reciba sea de máxima calidad. El DHS también puede compartir información con otras

entidades que tengan una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades en operaciones de atención médica.

Recordatorios de turnos, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. El DHS puede usar y divulgar Información médica para contactarse con usted y recordarle sobre un turno con un médico. El DHS también puede usar y divulgar Información médica para comunicarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle a usted.

Personas que participan en su atención o en el pago por su atención. Cuando sea adecuado, el DHS puede compartir Información médica con una persona que participe en su atención médica o en el pago por su atención médica, como su familia o un amigo íntimo. El DHS también puede notificar a su familia sobre su ubicación o su estado general o divulgar esa información a una entidad de asistencia en un esfuerzo de alivio ante desastres.

Investigación. En determinadas circunstancias, el DHS puede usar y divulgar Información médica para investigaciones. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con la de los pacientes que recibieron otro para la misma afección. Antes de que el DHS use o divulgue Información médica para investigaciones, el proyecto atravesará un proceso especial de aprobación. Incluso sin una aprobación especial, el DHS puede permitir que los investigadores consulten registros que los ayuden a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o con otros propósitos similares, siempre y cuando no retiren ni copien Información médica.

SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo exijan las leyes. El DHS divulgará Información médica cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad. El DHS puede usar y divulgar Información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y su seguridad o la salud y la seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, las divulgaciones solo se harán a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados comerciales. El DHS puede divulgar Información médica a nuestros asociados comerciales que cumplen funciones en nuestro nombre o no brindan servicios si la información es necesaria para esas funciones o esos servicios. Por ejemplo, el DHS puede utilizar los servicios de una entidad independiente para que lleve a cabo servicios de facturación. Todos los asociados comerciales del DHS tienen obligación de proteger la privacidad de su información y no tienen permiso de usar o divulgar ninguna información fuera de lo que especifique nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el DHS puede usar o liberar Información médica a organizaciones que se ocupan de conseguir órganos o a otras entidades que se dedican a conseguir, almacenar en banco o transportar órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, el DHS puede liberar Información médica según lo requieran las autoridades de mando militar. El DHS también puede liberar Información médica a las autoridades militares extranjeras que corresponda si usted es miembro de un cuerpo militar extranjero.

Compensación a trabajadores. El DHS puede liberar Información médica para el programa de compensación a trabajadores u otros programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. El DHS puede divulgar Información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, para informar nacimientos y muertes, para informar abuso o abandono infantil, para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos, para notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que pueden estar usando, para informar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede correr riesgo de contraer o propagar una enfermedad o una afección y a las autoridades gubernamentales adecuadas si se cree que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. El DHS solo realizará esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando las leyes lo exijan o autoricen.

Actividades de supervisión sanitaria. El DHS puede divulgar Información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por las leyes. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Propósitos de la notificación de filtración de datos. El DHS puede usar o divulgar su Información médica protegida para proporcionar avisos obligatorios por ley de divulgación o acceso o no autorizado de la información médica.

Demandas y controversias. Si usted está involucrado en una demanda o una controversia, el DHS puede divulgar Información médica para responder a una orden judicial o administrativa. El DHS también puede divulgar Información médica para responder a un citatorio, un pedido de presentación de pruebas u otro procedimiento legal por parte de otra persona involucrada en la controversia, pero solo si se han llevado a cabo acciones para informarle a usted sobre el pedido o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley. El DHS puede liberar Información médica si lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, si la información cumple con los siguientes criterios: (1) responde a una orden judicial, un citatorio, un mandato judicial, un apercibimiento o un proceso similar, (2) es información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo clave o una persona desaparecida, (3) se refiere a la víctima de un delito, aun si bajo determinadas circunstancias muy limitadas no podemos obtener el consentimiento de la persona, (4) se refiere a una muerte que creamos que puede ser el resultado de una conducta delictiva, (5) se refiere a una conducta delictiva dentro de nuestras instalaciones y (6) es una emergencia, para informar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, médicos legistas y empresas funerarias. El DHS puede liberar Información médica a un médico forense o un médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. El DHS puede liberar Información médica a empresas funerarias según sea necesario para que cumplan con sus obligaciones.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. El DHS puede liberar Información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por las leyes.

Servicios de protección para el Presidente y otras personas. El DHS puede divulgar Información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

Reclusos o personas en custodia. Si usted está recluido en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial, el DHS puede liberar Información médica a la institución correccional o al funcionario policial. Esta liberación se realizaría si fuera necesaria: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otras personas o (3) por la salud y la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE EXIGEN QUE EL DHS LE DÉ LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y DE ELEGIR

Personas que participan en su atención o en el pago por su atención. Excepto que usted presente una objeción, el DHS puede divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo íntimo o cualquier otra persona identificada por usted su Información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar esa divulgación, el DHS puede divulgar la información según sea necesario si se determina que es en su mejor interés según el criterio profesional del DHS.

Alivio ante desastres. El DHS puede divulgar su Información médica protegida a organizaciones de alivio ante desastres que soliciten su Información médica protegida para coordinar su atención o para notificar a familiares y amigos sobre su ubicación y su estado en un desastre. El DHS le dará una oportunidad para aceptar u objetar esa divulgación cuando eso sea factible.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y OTRAS DIVULGACIONES

Los usos y las divulgaciones siguientes de su Información médica protegida solo se realizarán con su autorización por escrito:

1. usos y divulgaciones de la Información médica protegida para propósitos de comercialización y

2. divulgaciones que constituyan la venta de su Información médica protegida.

Otros usos y divulgaciones de Información médica protegida que no se describan en este Aviso o en las leyes que se aplican al DHS solo se llevarán a cabo con su autorización por escrito. Si usted otorga una autorización al DHS, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito al Funcionario de Privacidad antes mencionado. Al recibirse esa revocación, el DHS ya no divulgará Información médica protegida contemplada en la autorización. Sin embargo, las divulgaciones hechas de acuerdo con su autorización antes de que usted la revocara no serán afectadas por la revocación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información médica que DHS tiene sobre usted:

Derecho a inspeccionar y a copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar Información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su atención o sobre el pago por su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, excepto notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar Información médica, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado. El DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición su Información médica protegida y el DHS puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiar, de enviar por correo o por otros suministros asociados con su solicitud. El DHS no puede cobrarle una tarifa si usted necesita la información para reclamar beneficios de acuerdo con la Ley del Seguro Social o con algún otro programa de beneficios federal o estatal basado en las necesidades. El DHS puede rechazar su solicitud en determinadas circunstancias limitadas. Si el DHS rechaza su solicitud, usted tiene derecho a hacer revisar el rechazo por un profesional médico matriculado que no esté involucrado directamente en el rechazo de su solicitud y el DHS acatará el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos. Si su Información médica protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como registro médico electrónico o registro de salud electrónico), usted tiene derecho a solicitar que le entreguen una copia electrónica de su registro o que se la transmitan a otra persona o a otra entidad. El DHS realizará todas las acciones posibles para brindarle acceso a su Información médica protegida en la forma o en el formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente la información en esa forma o ese formato. Si la Información médica protegida no se puede producir fácilmente en la forma o en el formato que usted solicita, su registro se le proporcionará en cualquiera de nuestros formatos electrónicos estándar. Si usted no desea esa forma o ese formato, se le proporcionará una copia impresa legible. El DHS puede cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, por el trabajo asociado con la transmisión del registro médico electrónico.

Derecho a recibir aviso de una filtración de datos. Usted tiene derecho a recibir aviso sobre una filtración de datos de su Información médica protegida que no está segura.

Derecho a enmienda. Si considera que la Información médica que tiene el DHS es incorrecta o está incompleta, puede solicitar al DHS que enmiende la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea conservada por nuestra oficina o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado.

Derecho a una rendición de cuentas de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una lista de determinadas divulgaciones realizadas por el DHS de Información médica para propósitos que no sean tratamiento, pago ni operaciones de atención médica o para las cuales usted haya dado autorización por escrito. Para solicitar una rendición de cuentas de divulgaciones, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o una limitación de la Información médica que el DHS use o divulgue para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la Información médica que el DHS le divulgue a alguien que participa en su atención o en el pago por su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que el DHS no comparta información sobre un diagnóstico o un tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado. El DHS no tiene obligación de aceptar su solicitud, excepto si usted solicita que el DHS restrinja el uso y la divulgación de su Información médica protegida a un plan de salud para propósitos de pago o de una operación de atención médica, y esa información que desea restringir sea pertinente únicamente a un artículo o un servicio de atención médica que usted haya pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si el DHS la acepta, cumpliremos con su solicitud, excepto que la información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que el DHS se comunique con usted sobre asuntos médicos de determinada manera o a un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que el DHS solo se contacte con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. El DHS contemplará las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso aunque haya acordado recibir este aviso por medios electrónicos, igualmente tiene derecho a una copia impresa del aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, contacte al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

El DHS se reserva el derecho a modificar este aviso y a hacer que el nuevo aviso se aplique a la Información médica ya obtenida, así como a cualquier información recibida en el futuro. El DHS colocará en lugar visible una copia del aviso vigente en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha del inicio de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

RECLAMOS:

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar un reclamo por escrito contactando al Funcionario de Privacidad de la HIPAA antes mencionado. **Usted no será sancionado por presentar un reclamo.**

También puede presentarlo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para más información sobre los requisitos de privacidad de la HIPAA, las transacciones electrónicas de la HIPAA y las regulaciones para conjuntos de códigos y las reglas de seguridad propuestas por la HIPAA, visite el sitio web de ACOG, www.acog.org o llame al (202) 863-2584.

He leído, comprendo y reconozco la recepción del Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA del DHS.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Nombre en letras de imprenta

Aviso al solicitante: Favor de presentar Forma de Privacidad de la HIPAA firmado con todos los materiales de la solicitud a la oficina más cercana de Manutención de Menores. No es necesario presentar la Forma de Privacidad de la HIPAA por separado a menos notificado por un representante de Manutención de Menores.

DIVISION OF CHILD SUPPORT SERVICES

«FIELD82»
«FIELD83»
«FIELD84»
«FIELD85», «FIELD86» «FIELD87»

DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Telephone: 1-877-423-4746 (DCSS Contact Center - Toll Free)
Fax: «FIELD290»

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 1-877-423-4746.

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 1-877-423-4746.