



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 ayudarlo 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 <input type="checkbox"/> Padre/madre sin custodia <input type="checkbox"/> Tutor sin ser padre/madre <input type="checkbox"/> Presunto padre <input type="checkbox"/>				
TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque el que corresponda)				
Todos los servicios de apoyo disponibles <input type="checkbox"/> Establecer el apoyo médico <input type="checkbox"/>				
HISTORIAL DE TANF (marque todos los que correspondan):				
Nunca he recibido beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo sólo Medicaid <input type="checkbox"/>				
En el pasado recibí TANF <input type="checkbox"/> : Lo recibí desde _____ hasta _____				
INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / TUTOR SIN SER PADRE/MADRE				
Nombre:				
Apellido		Primer nombre		Apellido de soltera
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna vez un caso de manutención infantil en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Militar jubilado(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, mencione la rama:				
INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PADRE/MADRE CON CUSTODIA				
¿Tiene actualmente seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha(han) sido alguna vez el(los) niño(s) por quien(es) solicita servicios víctima(s) de algún daño físico o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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, O.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): <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Custodio <input type="checkbox"/> Pariente/Adulto que no es padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal (se requiere prueba de tutela) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____			
Fecha de divorcio: / /		Fecha de matrimonio: _/ /			
Color de ojos:	Color de cabello:	Peso:	Estatura:	Raza:	
Dirección postal: <input type="checkbox"/> Es dueño(a) de esta u otra propiedad					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código postal
Su domicilio es el <input type="checkbox"/> Actual o <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia		Tipo de negocio:		Ocupación habitual:	
Empleador actual o último conocido:			Número de teléfono:		
Fechas de empleo: hasta		Supervisor:			
Supervisor:		Cargo:			
Dirección:					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código Postal
Ingresos brutos: \$ por		Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Empleado postal <input type="checkbox"/> Jubilación para Ferroviarios <input type="checkbox"/> Servicio civil <input type="checkbox"/> Militares <input type="checkbox"/> Asistencia del Departamento de Asuntos para los Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				
¿Beneficios de Desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Recibe beneficios de un Plan de Pensiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿de qué compañía?				
¿Tiene alguna licencia profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)?				
¿Está el(la) padre(madre) sin custodia en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, nombre la rama: <input type="checkbox"/> 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** _____

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)(l)(B) para más detalles]	\$	Cuidado de niños (se requieren pruebas)	\$
Bonos	\$	Pensión alimenticia pagada (se requieren pruebas)	\$
Pagos por trabajar horas extras	\$	Alimentos	\$
Indemnización por despido	\$	Gastos o facturas médicas (no cubiertos por un seguro) (se requieren pruebas)	\$
Ingresos recurrentes provenientes de pensiones o planes de retiro	\$	Multas de la libertad condicional o a prueba	\$
Ingresos provenientes de intereses	\$	Pago de Vehículo	\$
Ingresos provenientes de dividendos	\$	Ropa	\$
Ingresos provenientes de un Fideicomiso	\$	Gastos de transporte/visitación (se requieren pruebas)	\$
Ingresos provenientes de rentas vitalicias	\$	Manutención pagada por orden previa del Tribunal	\$
Ganancias sobre el capital	\$	Impuestos sobre la propiedad	\$
Seguro Social por Discapacidad o Jubilación (No incluya SSI o el pago por los niños)	\$	Recreación	\$
Beneficios de Compensación del Trabajadores	\$	Seguro (de salud) (se requieren pruebas)	\$
Beneficios de Compensación por Desempleo	\$	Seguro (de vida) (se requieren pruebas)	\$
Sentencias de Lesiones Personales u otros casos civiles	\$	Seguro (de automóviles, de casa)	\$
Regalos (dinero u otros regalos que se pueden convertir en dinero)	\$	Seguro (Dental/Visión) (se requieren pruebas)	\$
Premios / Ganancias de la Lotería	\$	Bancarrota	\$
Pensión alimenticia y manutención de personas fuera de este caso	\$	Gastos extraordinarios de educación (ej. matrícula, libros, alojamiento y comidas) (se requieren pruebas)	\$
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)	\$	Gastos especiales relacionados con la crianza del(de los) (ej. campamento, banda, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	\$
Cualquier otro ingreso, incluido los Ingresos Imputados (No incluya la asistencia pública sujeta a verificación de recursos, tales como TANF o Cupones de Alimentos)	\$	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. §16-10-71 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.

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



Nathan Deal, Gobernador

Keith Horton, Comisionado

Georgia Department of Human Services • Division of Child Support Services • Tangler 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 recluso 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»

DIVISION 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: ___/___/___	Fecha de entrada: ___/___/___	Fecha de verificación: ___/___/___
Iniciales:	Iniciales:	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.

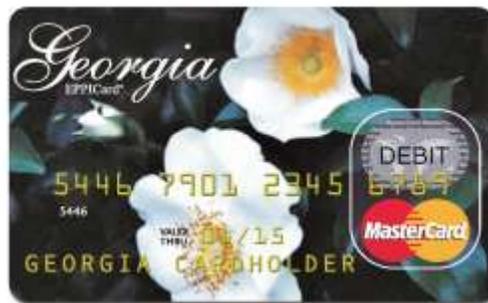


Tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia

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.