INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL DE INDIANA
INDIANA CHILD SUPPORT SERVICES ENROLLMENT

Formulario del Estado 56927 (4-20) / CSB 425AS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS INFANTILES

INSTRUCCIONES:

1. *Complete este formulario proporcionando la información solicitada.*
2. *Lleve o envíe por correo el formulario firmado a la Oficina de Manutención Infantil del Condado.*

AVISO AL SOLICITANTE

Todas las partes con custodia y los padres sin custodia pueden inscribirse para recibir servicios de manutención infantil. No hay arancel por la inscripción ni requisito de residencia. Los servicios de manutención infantil incluyen:

- Ubicación de padres,
- Establecimiento de paternidad,
- Establecimiento, modificación y/o cumplimiento de las obligaciones de manutención infantil, y
- Establecimiento, modificación y/o cumplimiento de apoyo médico para niños dependientes.

La información proporcionada en esta solicitud es confidencial y está protegida para evitar su divulgación no autorizada.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo *(Jr., III, etc.)*
Otros nombres usado	Relación con los dependientes en esta forma *(madre, padre, tutor, otro)*	¿Tiene la custodia física primaria de los dependientes en esta forma? ☐ Sí ☐ No	
Fecha de nacimiento *(mes, día, año)* / Sexo	Raza	Número de Seguro Social / ITIN	

Dirección del hogar *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

Dirección postal, si es diferente de la dirección anterior *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

Número de teléfono *(celular)* ( )	Número de teléfono *(casa)* ( )	Número de teléfono *(trabajo)* ( )	Correo electrónico

¿Necesita asistencia especial? ☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*
Especifique aquí la asistencia que necesita *(es decir, física, discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otros)*

¿Cree que la búsqueda de servicios de manutención infantil puede ocasionar daños físicos o emocionales a usted o su(s) hijo(s)? ☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, su asistente social le puede indicar sobre protecciones adicionales que se ofrecen al proporcionar servicios de manutención infantile.)*

¿Se aplica alguno de los siguientes? ☐ En servicio militar activo ☐ Actualmente encarcelado/a
¿Trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.)*
Nombre del empleador

Dirección del empleador *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

Estado civil del solicitante para con el otro padre
☐ Nunca se casaron ☐ Divorciados ☐ Divorcio pendiente ☐ Casados ☐ Separados legalmente ☐ Separados

¿Tiene contratado un abogado privado que maneja los asuntos de paternidad y/o manutención para los dependientes mencionados en esta forma? ☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*
Nombre del abogado *(nombre completo)*

¿Está solicitando servicios para un niño que no ha nacido? ☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*
Fecha estimada de parto *(mes, día, año)*

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #1

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo *(Jr., III, etc.)*

Fecha de nacimiento *(mes, día, año)*	Lugar de nacimiento *(ciudad y estado)*	Sexo	Raza	Número de Seguro Social / ITIN

¿Se ha establecido la paternidad para este niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.)*
¿Cómo se estableció la paternidad? ☐ Orden judicial ☐ Declaración jurada de paternidad *(Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.)*
¿Dónde se estableció la paternidad? *(condado y estado)*

¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*
¿Dónde se ordenó la manutención infantil? *(condado y estado)*
¿Inscrito en Medicaid? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #2

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo *(Jr., III, etc.)*

Fecha de nacimiento *(mes, día, año)*	Lugar de nacimiento *(ciudad y estado)*	Sexo	Raza	Número de Seguro Social / ITIN

¿Se ha establecido la paternidad para este niño? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.)*
¿Cómo se estableció la paternidad? ☐ Orden judicial ☐ Declaración jurada de paternidad *(Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.)*
¿Dónde se estableció la paternidad? *(condado y estado)*

¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*
¿Dónde se ordenó la manutención infantil? *(condado y estado)*
¿Inscrito en Medicaid? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #3

(Adjunte una página separada con la información solicitada a continuación para todos los dependientes adicionales.)

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo *(Jr., III, etc.)*

Fecha de nacimiento *(mes, día, año)*	Lugar de nacimiento *(ciudad y estado)*	Sexo	Raza	Número de Seguro Social / ITIN

¿Se ha establecido la paternidad para este niño?	¿Cómo se estableció la paternidad?	¿Dónde se estableció la paternidad?
☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.)*	☐ Orden judicial ☐ Declaración jurada de paternidad *(Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.)*	*(condado y estado)*

¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente?	¿Dónde se ordenó la manutención infantil? *(condado y estado)*	¿Inscrito en Medicaid?
☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*		☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE

(Adjunte una página separada con la información solicitada a continuación para todos los padres adicionales, o potenciales padres adicionales si no se ha establecido la paternidad)

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo *(Jr., III, etc.)*

Otros nombres usado	Relación con los dependientes en esta forma *(madre, padre, tutor, otro)*	¿Tiene la custodia física primaria de los dependientes en esta forma?
		☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento *(mes, día, año)*	Sexo	Raza	Número de Seguro Social / ITIN

Altura	Peso	Color de cabello	Otras características distintivas *(color de ojos, tatuajes, etc.)*

Dirección del hogar *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

Dirección postal, si es diferente de la dirección anterior *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

Número de teléfono *(celular)*	Número de teléfono *(casa)*	Número de teléfono *(trabajo)*	Correo electrónico
( )	( )	( )	

¿Este padre necesita asistencia especial?	Especifique aquí la asistencia que necesita *(es decir, física, discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otros)*
☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*	

¿Se aplica alguno de los siguientes?	Empleador actual o último conocido	Número de teléfono del empleador
☐ En servicio militar activo ☐ Actualmente encarcelado/a		( )

Dirección del empleador *(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)*

¿Este padre tiene contratado un abogado privado que maneja los asuntos de paternidad y/o manutención para los dependientes mencionados en esta forma?	Nombre del abogado *(nombre completo)*
☐ Sí ☐ No *(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)*	

AFIRMACIÓN Y ACUERDO

- Por la presente juro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Proporcionar información falsa podría resultar en cargos de perjurio en mi contra.
- Entiendo que los servicios de manutención infantil NO incluyen el establecimiento o la obligación de tiempo de crianza o créditos de tiempo de crianza, la asignación del derecho de declarar a un niño como dependiente para fines fiscales federales o estatales, ni cualquier otro asunto no relacionado con el establecimiento de paternidad (de ser necesaria) y el apoyo financiero de hijos dependientes.
- Se me informa que los abogados y el personal de la Oficina de Manutención Infantil y la Oficina de Manutención Infantil del Condado que brindan estos servicios de manutención infantil representan al Estado de Indiana y no representan al solicitante ni a ninguna otra persona o entidad. Las comunicaciones entre el solicitante u otros participantes y la Oficina de Manutención Infantil o la Oficina de Manutención Infantil del Condado no son comunicaciones confidenciales protegidas por el privilegio abogado/cliente bajo IC 34-46-3-1.
- Entiendo que debo cooperar con la Oficina de Manutención Infantil del Condado para que mi caso sea procesado, y que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación de los servicios de manutención infantil. Además, entiendo que esta inscripción para recibir servicios de manutención infantil no garantiza una acción exitosa en el caso, sino que se harán todos los intentos razonables para obtener resultados exitosos.
- Entiendo que puedo finalizar los servicios notificando por escrito que los servicios ya no se desean a la Oficina de Manutención Infantil del Condado que maneja mi caso. Los servicios solo pueden terminarse de acuerdo con el 45 C.F.R. 303.11. La terminación de estos servicios no modifica ni finaliza las órdenes u obligaciones existentes de manutención.
- Autorizo a la Unidad Central de Cobros del Estado de Indiana (Indiana State Central Collection Unit, INSCCU) a endosar y negociar cualquier cheque recibido por la INSCCU para el pago de la manutención en mi caso de manutención infantil.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor *(si el solicitante no es menor emancipado)*	Firma del padre/tutor *(si el solicitante no es menor emancipado)* X_____
Nombre en letra de imprenta del solicitante	Estoy de acuerdo en que si recibo un pago excesivo, el estado puede recuperar el monto excesivo del pago de los pagos futuros de manutención infantil que se me deben. ☐ Sí ☐ No
Firma del solicitante X_____	Fecha de firma *(mes, día, año)*