

## **RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE DE PRESENTAR DOCUMENTOS ANTE EL TRIBUNAL Y PROTEGER LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**Podemos enviar documentos al tribunal por usted:** Si bien es su responsabilidad presentar los documentos relacionados con su caso directamente ante el tribunal, el Departamento de Servicios de Child Support (Child Support) tiene la política de enviar los formularios legales y los documentos de respaldo recibidos de los participantes, como usted, al Tribunal Superior para su archivo. Los documentos que devuelva a Child Support con el propósito de modificar su orden también pueden ser enviados al tribunal. Los documentos destinados al tribunal, pero recibidos por Child Support se enviarán al tribunal para su comodidad. Los documentos enviados al tribunal por Child Support también se pueden entregar a la otra parte el caso judicial.

**No podemos cambiar la información en el papeleo que enviamos al tribunal:** Los documentos presentados ante el tribunal pueden formar parte del registro público. Child Support no eliminará ni cambiará ninguna información en los formularios que se reciban para presentar ante el tribunal, así que tenga en cuenta que la información privada, como su dirección o número de seguro social, en los documentos enviados al tribunal por Child Support puede convertirse en un registro público que cualquier persona podría ver.

**No somos su abogado:** Debido a que la ley actual no permite que ninguna agencia de Child Support le brinde representación legal, usted o su abogado son responsables de completar correctamente todos los formularios antes de presentarlos ante el tribunal o enviarlos a Child Support. Es posible que el tribunal no acepte formularios incompletos o impropios, y el envío de los documentos completados de Child Support al tribunal como una cortesía hacia usted no crea una relación de abogado-cliente entre usted y Child Support.

**Hay ayuda legal disponible:** Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre información privada en formularios y documentos legales, le recomendamos encarecidamente que busque asistencia legal o que hable con la oficina del Facilitador de derecho familiar de su condado para conocer las posibles opciones.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor visite Customer Connect en internet, [www.cse.ca.gov/CustomerConnect](http://www.cse.ca.gov/CustomerConnect) para ayuda en-línea o llame a Customer Connect al 1-866-901-3212. Las personas con impedimentos del habla o de la audición, por favor llamen al número TTY 1-866-399-4096.

This page intentionally left blank.

## ANUNCIO DEL PROGRAMA DE CHILD SUPPORT

DCSS 0064 SPA (01/03/2022)

Los niños tienen derecho a ser apoyados por ambos padres tanto como puedan. Child Support está aquí trabajar con los padres o cuidadores de niños que podrían beneficiarse de estos servicios. No hay límite de elegibilidad de ingresos, por lo que los servicios están disponibles para todos.

Los servicios de child support se le brindan a través de personas de la Agencia local de child support (LCSA) quienes trabajan con el Tribunal Superior local en todos los procesos de child support. Nuestro objetivo es facilitar que usted y los niños que cuida reciban el apoyo que necesitan.

### EL CHILD SUPPORT PUEDE TRABAJAR CON AMBOS PADRES PARA:

- Establecer la paternidad (relación legal con los padres);
- Establecer y administrar órdenes judiciales de manutención de niños, conyugal y médica;
- Revisar una orden de child support existente para ver si se debe cambiar la cantidad;
- Cobrar y distribuir los pagos de manutención y proporcionar una contabilidad coherente del child support adeudo y pagado;
- Tomar acciones legales o de ejecución cuando sea necesario para asegurarse de que el child support se pague en su totalidad y a tiempo;
- O cualquier combinación de los elementos anteriores.

### TRABAJANDO CON CHILD SUPPORT

Cuando abra un caso de child support, la LCSA necesitará que proporcione información sobre usted, el otro padre y los hijos en el caso. Dependiendo de los servicios que no solicite, también deberá completar formularios que pueden parecer largos y complicados. Si tiene algún problema para comprender lo que necesitamos, háganoslo saber.

Con base en la información que proporcione, la LCSA trabajará para llenar cualquier vacío y luego tomará la siguiente acción apropiada para brindar los servicios solicitados. Si algo cambia después de la apertura de su caso que pueda afectar el proceso de child support por favor infórmenos.

### CAMBIOS USTED QUE NECESITA INFORMAR A LA LCSA:

- Cualquier pago de manutención realizado por el padre al que se le ordenó pagar la manutención hecho directamente a la persona que recibió la orden de recibir la manutención;
- Si un/los niño(s) de su caso se mudan de su hogar;
- Si cambia su número de teléfono, dirección, empleador o nombre;
- Si inicia una acción de divorcio o está cambiando la custodia o las visitas de los niños en su caso;
- Los niños se inscriben o dejan de recibir cualquier cobertura de seguro médico privado;
- Si tiene conocimiento de alguno de los cambios anteriores para el otro padre en el caso.

### USTED TIENE DERECHO A:

- Buscar asistencia legal de un abogado privado, una oficina de servicios legales o por medio del Facilitador de Derecho Familiar del Tribunal Superior. Háganos saber si contrata a un abogado para que lo represente durante el proceso de child support para que podamos actualizar nuestros registros. Cualquier costo de representación legal correrá por su cuenta.
- Solicitar a la LCSA que revise una orden de manutención infantil existente para ver si se debe cambiar la cantidad. Si no podemos cambiar la orden de manutención, se le dará información sobre cómo realizar el cambio a través del Asistente de derecho familiar del Tribunal Superior.
- Ser informado de todas las fechas de la corte relacionadas con su caso de child support. La información se proporcionará con mayor frecuencia por correo, así que, para asegurarse de tener todos los datos, manténganos actualizados sobre su dirección postal actual.

- Recibir y revisar copias de documentos de su expediente judicial a menos que sean confidenciales. Si la LCSA no puede proporcionarlos porque no están almacenados con nosotros, se le informará cómo puede solicitarlos al Tribunal Superior.
- Puede acudir a la corte para hacer cumplir su orden de manutención, pero debe notificar a la LCSA con anticipación que tiene la intención de presentar su propia acción de ejecución. Si la LCSA no responde a su aviso dentro de treinta (30) días o si la LCSA le dice que puede continuar, puede presentar su propia acción de ejecución ante el Tribunal Superior siempre que toda la manutención sea pagada a través de la Unidad de Desembolso del Estado.

#### **LA LCSA VA A:**

- Usar todos los recursos disponibles para localizar al padre que debe pagar la manutención, sus infresos o sus bienes, incluyendo la verificación de información por medio de la Administración del Seguro Social.
- Otras acciones que la LCSA puede tomar cuando sea necesario:
  - Interceptar reembolsos de impuestos federales u otros pagos del IRS del padre al que se le ordenó pagar la manutención. En algunas situaciones, estos pagos se retienen durante 6 meses o más antes de distribuirse;
  - Interceptar pagos del gobierno federal, como jubilación, reembolsos de gastos de proveedores o pagos de viajes;
  - Interceptar reembolsos de impuestos del estado de California o distribuciones de lotería administradas por la Junta de impuestos de franquicias de California.
- Distribuir los pagos de manutención (incluida la manutención infantil, médica y del cónyuge) como se indica a continuación:
  - Apoyo/Desestimación mensual actual
  - Manutención vencida
  - Intereses
  - Obligaciones futuras
- Distribuir desestimaciones a los padres que reciben asistencia pública en efectivo; (hasta) los primeros \$100 en pagos recibidos se pagarán a familias con un hijo o (hasta) los primeros \$200 en pagos recibidos se pagarán a familias con dos o más hijos, y la cantidad restante se aplicará al gobierno-obligaciones contraídas antes que obligaciones familiares existentes.
- Proporcionará un estado de cuenta mensual de la manutención recopilada y distribuida a la persona ordenada para recibir la manutención cada mes. Este aviso se puede proporcionar electrónicamente por correo electrónico o en papel por correo postal.
- En cualquier caso, de child support, en el que se hayan distribuido al menos \$550 de manutención en el año anterior (del 1 de octubre al 30 de septiembre), se deducirá automáticamente una tarifa de servicio anual de \$35 del primer pago de manutención distribuido el año siguiente. Esta tarifa no se aplica a ninguna familia que reciba o haya recibido asistencia pública en efectivo. Además, algunos estados cobran una tarifa por los servicios. Si su caso involucra a uno de esos estados, pueden deducir la tarifa de los pagos de manutención o agregarla al saldo adeudado.

#### **LA LCSA NO DEBE:**

- Presentar una Estipulación que cambie la manutención actual o los atrasos que se le adeudan sin su aprobación y firma. Esto no incluye ninguna manutención adeuda mientras recibe (d) asistencia pública en efectivo.
- Establecer un monto de manutención por debajo de las pautas estatales si recibe asistencia pública en efectivo.
- Proporcionar cualquier servicio relacionado con la custodia o las visitas. Algunas LCSA pueden trabajar directamente con la oficina del Facilitador de Derecho Familia local para ayudar a los clientes a llegar a acuerdos sobre el tiempo de crianza principal y la manutención de los hijos en una reunión conjunta.
- Brindar representación o asesoramientos legales a cualquier participante del caso. El trabajo del Abogado de la LCSA es asegurarse de que se cumpla la ley de child support al administrar el caso de child support. Los abogados de LCSA y LCSA no pueden ser sus representantes legales.

## **CHILD SUPPORT Y ASISTENCIA PÚBLICA**

Las familias que reciben asistencia pública en efectivo deben trabajar con la LCSA para obtener child support. No hacer lo que necesita la LCSA puede resultar en una sanción en el caso de asistencia pública que reduce la cantidad de asistencia en efectivo.

Si la persona que tiene el caso de asistencia pública tiene una preocupación válida acerca de la seguridad de la familia debido al child support, puede reclamar Causa Justificada para no trabajar con la LCSA. El child support adeudado o acumulado con la familia que recibe asistencia en efectivo es adeudado al estado y no se le adeuda a el padre/madre.

## **ASISTENCIA MÉDICA y MEDI-CAL**

La LCSA es requerida de asegurarse que los niños estén enlistados en un seguro médico privado si/cuando esté disponible gratuitamente o a un costo razonable por medio de un empleador. Esto comienza asegurándose que todas las ordenes incluyen lenguaje acerca de cuál padre, o ambos, es requerido proporcionar seguro médico. Si es necesario, la LCSA trabajara con el empleador del padre al que se le ordenó pagar manutención para enlistar los niños en un seguro médico a precio razonable. No es conflicto estar enlistado en un seguro médico privado y en Medi-Cal.

Alguien que solicite/recibe Medi-Cal y no reporta seguro médico privado puede ser cargado con un crimen menor. La persona ordenada a recibir manutención debe reportar al trabajador de elegibilidad de CalWORKs y/o al trabajador de la agencia de child support dentro de diez (10) días cuando el seguro médico privado cambie o termine. La persona ordenada a recibir manutención también debe decirle al trabajador de elegibilidad de CalWORKs y/o al trabajador de la agencia de child support acerca de cualquier orden de seguro médico.

Si la persona a la que se le ordenó recibir manutención solo recibe Medi-Cal, debe cooperar para establecer la paternidad y obtener manutención médica como condición para continuar con la elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal, a menos que la persona a la que se ordene recibir manutención haya presentado y el Departamento de Bienestar Social del Condado ha aprobado una reclamación de "Causa Justificada" (CW 51) Reclamación de causa justificada por falta de cooperación. Los niños seguirán siendo elegibles para Medi-Cal. Además, se brindarán todos los servicios de child support, a menos que la persona a la que se ordene recibir manutención le diga a la LCSA que no desea servicios que no estén relacionados con la obtención de manutención médica y el establecimiento de la paternidad. La obtención de manutención médica puede reducir la cantidad de child support recibida. En los casos en que ambos padres estén en el hogar, la LCSA establecerá únicamente la paternidad.

---

## **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**

Es la política del Estado de California garantizar que todos los individuos sean tratados en forma igual y que ninguna persona en base a su grupo de identificación étnica, raza, color, nacionalidad, afiliación política o credo, religión, sexo, edad o discapacidad sea excluida de participar, o que se le nieguen los beneficios de algún programa o servicio o que de otra manera sea sujeto a tratamiento que sea diferente del que se les proporciona a otras personas.

Cada agencia local de child support tiene un Coordinador de Derechos Civiles designado. Cualquier solicitante/destinatario que crea que ha sido sujeto a tratamiento discriminatorio puede presentar una queja de discriminación contactándose primero con el Coordinador de Derecho Civil designado en la agencia local de child support a través de Centro Estatal de Apoyo de Servicios al Cliente (CSSC por sus siglas en inglés) o por escrito al Departamento de Servicios de Child Support de California, Atención: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, Rancho Cordova, CA 95741-9064 o llamando (866) 901-3212.

Pagina en blanco.

## RESOLUCIÓN DE RECLAMO: INFORMACIÓN SOBRE LA AUDIENCIA ESTATAL

### DERECHO A LA RESOLUCIÓN DE RECLAMO:

- Si tiene un reclamo contra una Agencia Local de Mantenimiento de Hijos por alguna acción o inacción respecto de su caso de mantenimiento de hijos, tiene derecho a solicitar la resolución del reclamo por parte de la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos.
- Puede presentar un reclamo por escrito completando el Formulario de Solicitud de Resolución de Reclamo o puede llamar a la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos.
- **IMPORTANTE: Su solicitud de resolución de reclamo debe presentarse dentro del plazo de 90 días a partir de la fecha en que supo, o debió saber, el tema de su reclamo.**
- La Agencia Local de Mantenimiento de Hijos tiene 30 días a partir de la fecha de recepción de su reclamo para brindarle una resolución de su reclamo, a menos que dicha agencia necesite más información o tiempo para resolverlo. La Agencia Local de Mantenimiento de Hijos puede comunicarse con usted si necesita más información o tiempo para resolver su reclamo.

### DERECHO A UNA AUDIENCIA ESTATAL:

- Si la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos **no** le responde en el plazo de 30 días a partir del momento en que recibe su reclamo, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal ante un Juez de Derecho Administrativo. **IMPORTANTE: Debe presentar su solicitud para una Audiencia Estatal en el plazo de 90 días a partir del momento en que presentó el reclamo ante la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos.**
- Si la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos **sí** responde en el plazo de 30 días a partir del momento en que usted presentó su reclamo, y no está satisfecho con la resolución o respuesta brindada por la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal ante un Juez de Derecho Administrativo. **IMPORTANTE: Debe presentar su solicitud para una Audiencia Estatal en el plazo de 90 días a partir del momento en que recibió la respuesta por escrito a su reclamo por parte de la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos.**
- Para solicitar una Audiencia Estatal por escrito, debe enviar un Formulario de Solicitud de Audiencia Estatal a la Oficina de Audiencias Estatales o llamar a la línea gratuita de esta oficina al 1-866-289-4714.
- La Oficina de Audiencias Estatales le informará la fecha, la hora y el lugar de su Audiencia Estatal.
- Dicha oficina le proporcionará un intérprete o adaptaciones por incapacidad en la audiencia en caso de que lo necesite.
- **IMPORTANTE: No se pueden tratar todos los reclamos en una Audiencia Estatal.**

### Sólo se otorgarán Audiencias Estatales por los siguientes asuntos:

- Una solicitud de mantenimiento de hijos ha sido denegada o no ha sido respondida en el tiempo establecido.
- El caso de servicios de mantenimiento de hijos ha sido determinado en incumplimiento de las leyes o normas federales o estatales, o las políticas del California Departamento de Servicios de Manutención de Menores, o no ha sido respondido en el tiempo establecido, incluso los servicios para el establecimiento, modificación y cumplimiento de las órdenes de mantenimiento de hijos y cálculos por mantenimiento de hijos.
- Los cobros por mantenimiento de hijos no han sido distribuidos, o se han distribuido o desembolsado incorrectamente, o la cantidad de los pagos atrasados por mantenimiento de hijos (calculado por la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos) es inexacto.
- La decisión de la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos de cerrar un caso de mantenimiento de hijos.

### IMPORTANTE: Los siguientes temas no pueden ser tratados en una Audiencia Estatal:

- Los asuntos de mantenimiento de hijos que se deben tratar por petición, orden para fundamentar la causa, o apelación en un tribunal.
- Una revisión de una orden judicial por mantenimiento de hijos o retraso en el mantenimiento de hijos.
- Una orden judicial o determinación de paternidad equivalente.
- Una orden judicial por mantenimiento de un cónyuge.
- Determinaciones de custodia de hijos.
- Determinaciones de régimen de visitas a hijos.
- Reclamos por presunto trato descortés por parte de un empleado de la Agencia Local de Mantenimiento de Hijos, a menos que dicha conducta haya tenido como resultado una acción o inacción que pudiera ser considerada en una audiencia.

### SERVICIOS DE MEDIADOR:

- Todas las Agencias Locales de Mantenimiento de Hijos tienen un Mediador a su disposición para ayudarlo a entender el proceso de resolución de reclamos y/o Audiencias Estatales.
- El Mediador puede ayudarlo a obtener información con respecto a su reclamo para ayudarlo a prepararse para su Audiencia Estatal.
- **IMPORTANTE: El Mediador no puede representarlo en la Audiencia Estatal ni brindarle asesoría legal.**

Pagina en blanco.



# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS DE SUSTENTO AL NIÑO

DCSS 0373 SPA (07/12/13)

El procesamiento de su caso depende de la información que brinde en este formulario. Por favor brinde tanta información como sea posible. Responda cada pregunta en forma completa. Si no conoce la respuesta, escriba "DESCONOCIDO." Si la pregunta no es aplicable, escriba "N/A."

Antes de comenzar, por favor lea el Manual de Sustento al Niño. Este libro explica los servicios disponibles a través de la agencia de sustento al niño local. Además, lea la Notificación de Cumplimiento del Programa de Sustento al Niño. Esta notificación explica sus responsabilidades para con la agencia local de sustento al niño y la responsabilidad de la agencia local de sustento al niño tiene con usted. Los abogados locales de sustento al niño ni el Fiscal General ni ninguno de sus representantes son sus abogados o los abogados del/de los niño/s.

Por favor complete todos los formularios en TINTA NEGRA y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA clara.

## DATOS ACERCA DE LA PARTE QUE POSEE LA PATRIA POTESTAD O TUTOR Y NIÑO/S

Esta sección trata acerca de la persona o parte que tiene la patria potestad primaria del/de los niño/s. Por favor complete toda la sección. Si usted es la parte que posee la patria potestad, asegúrese de detallar un número de teléfono donde podamos ubicarlo durante el día.

Si los niños nombrados en la solicitud tienen padres que no poseen la patria potestad diferentes, tiene que completar una solicitud separada para cada padre. Si necesita espacio adicional para cualquier sección, adjunte una hoja o utilice la Sección Comentarios al final de la primera página.

Por favor enumere a todo/s los niño/s de los padres nombrados para los cuales se solicitan servicios de sustento al niño. Detalle el nombre completo de cada niño, incluyendo nombre de pila, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III, etc.).

Hay algunas preguntas en esta sección relativas para determinar el padre biológico del/de los niño/s nombrados en la solicitud. Una de ellas pregunta si se ha firmado una Declaración de Paternidad. La Declaración de Paternidad es un formulario legal que, una vez firmado (por lo general en el hospital o clínica) por ambos padres, dice que el hombre es el padre legal. La firma y el envío del formulario al Departamento de Servicios de Sustento al Niño establece legalmente que el hombre es el padre del niño sin tener que llevar el caso ante un tribunal.

Una segunda pregunta se realiza acerca de si se ha obtenido una Sentencia de Paternidad. Una Sentencia de Paternidad es un fallo de un tribunal que, por medio de un proceso legal, determina el padre biológico del/de los niño/s. Es necesario determinar el padre biológico del niño antes que el tribunal pueda asignar sustento al niño.

**Comentarios:** Puede utilizar esta sección si necesita espacio extra, o agregue información adicional que piense que pueda ayudarnos a establecer o poner en vigencia una asignación para el/los niño/s. Puede incluir información acerca del temperamento de la otra persona, información acerca de si poseen rifles o pistolas, de si lo han amenazado a usted o a el/los niño/s, etc.

## DATOS ACERCA DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD

Si usted posee la Patria Potestad, esta sección podrá requerirle que busque en sus archivos algún dato solicitado. Cuanta mayor información tengamos en esta sección, mejor y más rápido podremos ayudarlo/a.

De ser posible, por favor provea el/los Número/s de Seguro Social del padre que no posee la patria potestad. Si no conoce la fecha exacta de nacimiento, detalle la edad aproximada. Por favor provea toda y cualquier información financiera acerca del padre que no posee la patria potestad. Agregue páginas adicionales si se necesitan o utilice la Sección Comentarios en la primera página.

Si usted es el padre que no posee la patria potestad, asegúrese de detallar un número de teléfono donde pueda ser contactado durante el día.

## FIRMA DEL SOLICITANTE

No podremos iniciar este caso sin su firma. Su firma indica que ha contestado las preguntas de la solicitud lo mejor que pudo y que desea abrir este caso. También indica que ha leído la información detallada anteriormente atentamente.

Página en blanco

# SOLICITUD SIMPLIFICADA DE SERVICIOS DE SUSTENTO AL NIÑO

DCSS 0373 SPA (07/12/13)

SOY:  PARTE CON PATRIA POTESTAD  PADRE SIN PATRIA POTESTAD

NOTA: El padre que posee la patria potestad es la persona o padre que posee la patria potestad primaria del menor.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO)

## DATOS ACERCA DE LA PARTE QUE POSEE LA PATRIA POTESTAD O TUTOR Y NIÑO/S

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE, SUFIJO)		MIEMBRO DE LA TRIBU <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA TRIBU	HORARIO MÁS CONVENIENTE PARA SER UBICADO <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
NOMBRE DE SOLTERA (SI APLICA)	RELACIÓN CON EL/LOS NIÑO/S <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	NÚMERO DE TELÉFONO CASA: TRABAJO: CELULAR:		NÚMERO MÁS CONVENIENTE PARA SER CONTACTADO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)				

El padre que posee la patria potestad ¿vive con el que no la tiene?  SÍ  NO (Si la respuesta es "NO" especifique la fecha y la dirección del último lugar en donde vivieron juntos)

FECHA	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)						
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	DETALLE FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA	LUGAR DE NACIMIENTO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
NOMBRE DEL EMPLEADOR ACTUAL – SI NO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE TRABAJANDO, ESCRIBA "DESEMPLEADO" AQUÍ				TÍTULO DEL PUESTO U OCUPACIÓN		GANANCIA BRUTA MENSUAL \$	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)				¿TIENE DISPONIBLE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE UN FAMILIAR O AMIGO	

Fecha y lugar de matrimonio (si nunca se casó, tñlde "Ninguno")				Fecha y lugar de divorcio (si no se ha divorciado, tñlde "Ninguno")			
FECHA DE CASAMIENTO CON EL PADRE QUE NO TIENE LA PATRIA POTESTAD	CONDADO	ESTADO	<input type="checkbox"/> NINGUNO	FECHA DE DIVORCIO	CONDADO	ESTADO	<input type="checkbox"/> NINGUNO

Si los padres NO estaban casados, por favor responda las preguntas 1-5 más abajo.

- El padre que no posee la patria potestad, ¿vivió alguna vez en California? . . . . .  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- El padre que no posee la patria potestad, ¿trabajó alguna vez en California? . . . . .  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- ¿En qué estado fue/fueron el/los niño/s concebido/s?  
(Utilice un número para cada uno de los niños enumerados a continuación) . . . . . Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Niño # \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_
- ¿Se firmó alguna Declaración de Paternidad en algún hospital u organización de California? . . . . .  SÍ  NO  NO SÉ Si la respuesta es "SÍ", ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Se dictó alguna Sentencia de Paternidad? . . . . .  SÍ  NO  NO SÉ Si la respuesta es "SÍ", ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Se han provisto servicios por medio de otra organización de sustento al niño? (Si la respuesta es "SI", por favor detalle la fecha, la ciudad y el estado)

FECHA DE SERVICIOS Desde: Hasta:	CIUDAD Y ESTADO DONDE SE RECIBIERON LOS SERVICIOS	EL MENOR, ¿HA RECIBIDO AYUDA EN EFECTIVO? (ASISTENCIA PÚBLICA) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
-------------------------------------	---	---

El padre que no posee la patria potestad, ¿tiene que suministrar sustento al niño para el/los niño/s detallado/s a continuación por orden del tribunal?  
 SÍ  NO  PENDIENTE

ORDEN JUDICIAL #	CANTIDAD DE ASIGNACIÓN OTORGADA POR EL ESTADO \$ <input type="checkbox"/> POR SEMANA <input type="checkbox"/> POR MES	FECHA DE ASIGNACIÓN	CONDADO	ESTADO
------------------	--	---------------------	---------	--------

Enumere los nombres completos de los niños menores de este padre que no posee la patria potestad (Si el niño aún no ha nacido, escriba "no nacido" y la fecha posible de nacimiento). (Se necesita una solicitud aparte para niños de otro padre sin patria potestad)

SI EL NIÑO AÚN NO HA NACIDO, ESCRIBA AQUÍ "NO NACIDO"	FECHA POSIBLE DE NACIMIENTO DEL/DE LOS NIÑO/S NO NACIDO/S				
NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NIÑO/S QUE VIVE/N CON USTED
1.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Enumere los nombres completos de otro/s niño/s menor/es NO relacionado/s con este padre que no posee la patria potestad.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NIÑO/S QUE VIVE/N CON USTED
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

COMENTARIOS (Por favor, adjunte una hoja separada si necesita espacio adicional)

# DATOS ACERCA DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE, SUFIJO)			MIEMBRO DE LA TRIBU <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA TRIBU	
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (SI APLICA)			RELACIÓN CON EL/LOS NIÑO/S <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE		NÚMERO DE TELÉFONO: HOGAR: TRABAJO: CELULAR:
NOMBRE DEL CÓNYUGE ACTUAL			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
OTROS NOMBRES O SOBRENOMBRES DEL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD			<input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> ACTUAL DESDE (FECHA)		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO	DETALLE FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO

¿Se encuentra actualmente en libertad condicional o bajo palabra?  SÍ  NO

¿Se encuentra actualmente en la cárcel o en prisión?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", suministre la información requerida a continuación:

FECHA	AGENCIA	CIUDAD	ESTADO	DELITO (MOTIVO)
-------	---------	--------	--------	-----------------

¿Es el padre que no posee la patria potestad un ciudadano estadounidense?  SÍ  NO Si la respuesta es "NO", detalle aquí la ciudadanía:

DESCRIPCIÓN FÍSICA: (POR FAVOR, PRESENTE UNA FOTO)

RAZA	COMPLEXIÓN	IDIOMA PRINCIPAL
CABELLO	ESTATURA	RASGOS CARACTERÍSTICOS (MARCAS, CICATRICES, TATUAJES, ETC.)
OJOS	PESO	

NOMBRE DEL EMPLEADOR ACTUAL (SI NO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE TRABAJANDO, ESCRIBA "DESEMPLEADO")	<input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> ACTUAL DESDE (FECHA)	¿TIENE DISPONIBLE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	GANANCIA BRUTA MENSUAL \$
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)			

Si está desempleado o no se conoce el empleador actual, detalle el nombre, dirección y número de teléfono del último empleo conocido a continuación

NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NRO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
-----------------------------	--	---

Ocupación habitual, rubro, título del puesto o habilidades  SIRVE EN LAS FUERZAS ARMADAS ACTIVAMENTE:  SÍ  NO ¿EN QUE SERVICIO?

¿ES EL PADRE QUE NO POSEE LA PATRIA POTESTAD MIEMBRO DE UN SINDICATO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y NRO. DEL SINDICATO	DIRECCIÓN DEL SINDICATO (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)
---	-----------------------------	---

SI TRABAJA EN FORMA INDEPENDIENTE, ¿CÓMO SE LLAMA EL NEGOCIO? GANANCIA BRUTA MENSUAL

¿ES TRABAJADOR CONSTANTE?  SÍ  NO SI LA RESPUESTA ES "NO", EXPLIQUE: \$

Enumere otras fuentes de ingresos o activos. (Por ejemplo, beneficios por Veterano, Discapacidad del Seguro Social, intereses, dividendos, fideicomisos, vehículos, barcos, propiedades, etc. Adjunte una hoja si fuese necesario).

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	DIRECCIÓN DE LA MADRE (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA MADRE
NOMBRE DEL PADRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	DIRECCIÓN DEL PADRE (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE

Nombre y dirección del cónyuge actual, amigo o familiar.

NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO

¿Existe un régimen de visitas a los niños?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuántas veces por mes?

¿Tiene la obligación de suministrar sustento al niño a algún otro niño?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", por favor, detalle la cantidad: \$

¿Hay algún otro menor/es en el hogar?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", ¿Cuántos menores?

Estado civil actual:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Vivo con otra persona

Solicito los servicios del Departamento de Servicios de Sustento al Niño para que colaboren conmigo en lo siguiente: (Marque en las casillas que apliquen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Establecer paternidad   | <input type="checkbox"/> Modificar una asignación de sustento al niño existente        | <input type="checkbox"/> No se necesita cumplir con seguro medico en esta oportunidad. Los niños poseen una cobertura de seguro de salud del: |
| <input type="checkbox"/> Obtener una asignación de sustento al niño  | <input type="checkbox"/> Obtener una asignación para seguro médico                     | <input type="checkbox"/> Padre que posee la Patria Potestad   |
| <input type="checkbox"/> Poner en vigencia una asignación de sustento al niño y de cónyuge (incluso si está vencida) | <input type="checkbox"/> Poner en vigencia una asignación para seguro médico existente | <input type="checkbox"/> Padre que no posee la Patria Potestad  |

Solicito los servicios de sustento del Programa de Sustento al Niño del Título IV-D de la Ley de Seguro Social. Declaro bajo pena de perjurio (Código Penal, Sección 118) que he examinado este cuestionario y que dentro de mi conocimiento es verdadero y correcto.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------

**CUESTIONARIO DE PATERNIDAD**

DCSS 0095 SPA (04/24/2022)

<b>Complete este formulario lo mejor que pueda. Complete un Cuestionario de Paternidad por separado para cada niño.</b>		Nombre del caso:
Nombre de niño	Fecha aproximada y lugar (ciudad/estado) de la concepción	
Fecha de nacimiento del niño	Lugar de nacimiento (ciudad/estado)	
Padre/Madre biológicos	Otro padre	

**Declaración de privacidad**

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil, sección 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley de Orden Público 93-579) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre individuos. La información requerida en este formulario, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) o el Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN por sus siglas en inglés), es utilizada por Departamento de Servicios de Child Support de California (DCSS por sus siglas en inglés) para identificación y comunicación con usted. Según la Sección 466(a)(13) de la Ley de Seguridad Social, se requiere que el DCSS solicite el Número de Seguro Social de una persona que esté sujeta a una sentencia de divorcio, orden de manutención de hijos, o determinación o reconocimiento de paternidad. La información del Número de Seguro Social es obligatoria y la información del Número de Identificación Personal del Contribuyente es voluntaria, y se mantendrán en el archivo en la Agencia Local de Child Support (LCSA por sus siglas en inglés) para ubicar e identificar a las personas y sus bienes para establecer, modificar y aplicar las obligaciones de child support. Puede encontrar la LCSA más cercana a usted en el sitio web [www.childsupport.ca.gov](http://www.childsupport.ca.gov) o llamando al (866) 901-3212. Puede tener derecho a acceder a los registros con información personal, sujeto a la ley estatal y federal. No dar la información del SSN/ITIN puede causar que la LCSA no pueda establecer, aplicar o modificar las obligaciones de la manutención, o que tenga capacidad limitada para hacerlo. La inscripción de un hijo en el seguro de salud puede requerir la divulgación del Número de Seguro Social del niño y el domicilio postal al empleador del otro padre o la divulgación del Número de Seguro Social del niño al otro padre. La información en su caso puede ser analizada u otorgada al Estado, otra organización que pueda legalmente recibir dicha información, y al otro padre o a su abogado dentro del límite permitido por ley.

**Glosario**

**Reproducción asistida:** donación de espermias u óvulos para la concepción de un niño.

**Padre/Madre biológicos:** el padre biológico o la madre que dio a luz al niño.

**Madre de concepción:** la madre que lleva en su vientre al niño.

**Padre/Madre genéticos:** una persona relacionada con el niño mediante el material genético (esperma u óvulos).

**Exámenes genéticos:** un análisis de sangre, cabello o saliva de una persona para determinar las probabilidades de que sea el padre/la madre de un niño.

**Padre/Madre potenciales:** una persona que, mediante un acuerdo, será el padre/la madre del niño concebido mediante la reproducción asistida.

**LCSA:** Agencia Local de Child Support

**Otro padre:** el único otro padre genético (aparte del padre/de la madre biológicos) O el padre/la madre potenciales, conforme a un acuerdo, para la reproducción asistida para concebir al niño.

**Padres/Paternidad:** una determinación legal del padre/de la madre del niño.

**Paternidad:** una determinación legal del padre/de la madre biológicos del niño.

**Presuntos Padres:** la ley supondrá que una persona es el padre/la madre de un niño, cuando se cumplan determinadas circunstancias, incluso si esa persona no es el padre/la madre naturales/biológicos del niño.

**Subrogación:** un acuerdo para que una persona lleve en el vientre a un niño con quien no está relacionada genéticamente.

**Declaración Voluntaria de Paternidad:** un documento legal, a menudo firmado en el momento del nacimiento del niño, en el que se declara a los padres legales del niño. También se lo conoce como Reconocimiento voluntario de paternidad o Declaración Voluntaria de Paternidad.

**CUESTIONARIO DE PATERNIDAD**

DCSS 0095 SPA (04/24/2022)

Nombre de niño:

Fecha de nacimiento del niño:

**Responda las siguientes seis preguntas de forma completa para determinar qué secciones del Cuestionario de Paternidad debe completar. Los comentarios adicionales se pueden escribir en la Sección VIII. Una vez que haya completado las seis preguntas y las secciones adicionales requeridas, firme y feche la página 4.**

1. ¿Hay una orden de la corte que nombre a los padres legales del niño? Esto podría incluir una sentencia de divorcio, un decreto de adopción, una orden de paternidad o manutención.	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN I: EXISTE ORDEN DE PATERNIDAD</b> <input type="checkbox"/> NO
2. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS u otra persona firmó y presentó una Declaración Voluntaria de Paternidad (VDOP por sus siglas en inglés) para el niño?	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN II: VDOP</b> <input type="checkbox"/> NO Notifique a la LCSA si ambos padres están dispuestos a firmar una VDOP para establecer la paternidad para el niño
3. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS estaban casados cuando se concibió y nació el niño?	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN III: PRESUNCIÓN DE MATRIMONIO</b> <input type="checkbox"/> NO Complete la <b>SECCIÓN IV: PRESUNTOS PADRES y SECCIÓN V: RELACIÓN GENÉTICA</b>
4. ¿El OTRO PADRE es el padre/la madre genéticos del niño?	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN IV: PRESUNTOS PADRES y SECCIÓN V: RELACIÓN GENÉTICA</b> <input type="checkbox"/> NO
5. ¿El niño se concibió mediante una donación de óvulos o espermias?	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN VI: PADRES POTENCIALES</b> . Si el donante fue su cónyuge, complete la <b>SECCIÓN III: PRESUNCIÓN DE MATRIMONIO</b> <input type="checkbox"/> NO
6. ¿El niño se concibió mediante subrogación?	<input type="checkbox"/> Sí Complete la <b>SECCIÓN VII: SUBROGACIÓN</b> <input type="checkbox"/> NO

**SECCIÓN I: EXISTE ORDEN DE PATERNIDAD**

*Adjunte a este formulario una copia de la orden de la corte.*

1. Proporcione la siguiente información sobre la orden de la corte que nombra a los padres legales del niño

Nombre y ubicación del tribunal que emitió la orden

Fecha de la orden de la corte

Número de caso del tribunal

*Si existe una orden, deténgase, firme y feche en la página 4.*

**SECCIÓN II: DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE PATERNIDAD (VDOP)**

1. ¿Firmó una VDOP con el OTRO PADRE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Mencione el nombre.
2. ¿El OTRO PADRE es el único padre/la única madre genéticos posibles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Complete la <b>SECCIÓN V: RELACIÓN GENÉTICA</b>
3. ¿En qué estado se presentó la VDOP? Adjunte una copia si no se presentó en California.	
4. ¿El nombre del OTRO PADRE está en el acta de nacimiento del niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Mencione los nombre(s) que aparecen en el acta de nacimiento del niño.

*Adjunte una copia del acta de nacimiento del niño.*



**CUESTIONARIO DE PATERNIDAD**

DCSS 0095 SPA (04/24/2022)

Nombre de niño:

Fecha de nacimiento del niño:

**SECCIÓN III: PRESUNCIÓN DE MATRIMONIO**

- |  |  |
|--|--|
| 1. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS estaban casados y vivían con su cónyuge cuando concibieron al niño?     | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                 |
| 2. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS aún estaban casados y vivían con el mismo cónyuge cuando nació el niño? | <input type="checkbox"/> SÍ ¿Cuál es el nombre del cónyuge?<br><input type="checkbox"/> NO |

Si respondió NO a la pregunta 1 o 2 de arriba, complete la **SECCIÓN IV: PRESUNTOS PADRES**

- |  |  |
|--|--|
| 3. Si el cónyuge de la MADRE BIOLÓGICA era hombre, ¿era impotente o estéril en el momento en que la MADRE BIOLÓGICA concibió al niño?  | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO |
| 4. Si se terminó el matrimonio del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS, identificados en la pregunta 1, ¿en qué fecha finalizó legalmente?<br>(Fecha de la orden de la disolución o fecha del fallecimiento de uno de los cónyuges) |  |

**SECCIÓN IV: PRESUNTOS PADRES**

- |  |  |
|--|--|
| 1. ¿El niño nació durante o dentro de 300 días de la finalización legal del matrimonio del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS? | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| Si la respuesta es "Sí", ¿está el cónyuge del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS de ese matrimonio con el OTRO PADRE?          | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO Mencione el nombre del cónyuge.       |
| 2. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS se casaron después del nacimiento del niño?   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| a. ¿Estaba el nombre del nuevo cónyuge en el acta de nacimiento del niño?  | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| b. ¿El nuevo cónyuge tiene la obligación, conforme a una orden de la corte, de mantener al niño?                         | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| c. ¿El nuevo cónyuge prometió por escrito (tarjeta, carta, correo electrónico o mensaje de texto) mantener al niño?      | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| 3. ¿El nuevo cónyuge es el OTRO PADRE?   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO Mencione el nombre del nuevo cónyuge. |
| 4. ¿El OTRO PADRE ha estado viviendo en el mismo hogar que el niño?  | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| 5. ¿El OTRO PADRE le ha dicho a personas que el niño es su hijo?   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| 6. ¿El OTRO PADRE pagó los costos relacionados con el embarazo?  | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| 7. ¿El OTRO PADRE pagó los costos de manutención para el niño desde el nacimiento?                                       | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |
| 8. ¿El OTRO PADRE alguna vez incluyó al niño en la declaración de impuestos?   | <input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO                                       |

**CUESTIONARIO DE PATERNIDAD**

DCSS 0095 SPA (04/24/2022)

Nombre de niño:

Fecha de nacimiento del niño:

**SECCIÓN V: RELACIÓN GENÉTICA**

1. ¿Se le ha hecho el examen genético al niño y al OTRO PADRE?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿El examen genético estableció si el OTRO PADRE es el padre/la madre genéticos del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS han tenido relaciones sexuales con el OTRO PADRE durante el mes, el mes antes o el mes después de la concepción del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS han tenido relaciones sexuales con otra persona aparte del OTRO PADRE durante el mes, el mes antes o el mes después de la concepción del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ Mencione el/los nombre(s). <input type="checkbox"/> NO

**SECCIÓN VI: PADRES POTENCIALES***Adjunte una copia del acuerdo de reproducción asistida para el niño, si es que existe alguno.*

1. ¿El donante de óvulos o esperma era el cónyuge del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS?	<input type="checkbox"/> SÍ Complete la <b>SECCIÓN III: PRESUNCIÓN DE MATRIMONIO y SECCIÓN IV: PRESUNTOS PADRES</b> <input type="checkbox"/> NO
2. ¿El cónyuge del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS aceptó por escrito ser el padre/la madre del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Hay un acuerdo por escrito para la donación de óvulos o espermias de una persona que no sea el cónyuge del PADRE/de la MADRE BIOLÓGICOS?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS y el donante de óvulos o espermias tienen un acuerdo por escrito en el que se establece que el donante será el padre/la madre potencial del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. ¿El PADRE/La MADRE BIOLÓGICOS y el donante de óvulos o espermias tienen un acuerdo por escrito en el que se establece que el donante NO SERÁ el padre/la madre del niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**SECCIÓN VII: SUBROGACIÓN***Adjunte una copia del acuerdo de subrogación para el niño, si es que existe alguno.*

1. ¿Hay un acuerdo de subrogación que nombre a los padres potenciales para el niño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	--

Si la respuesta es sí, proporcione los nombres.

**SECCIÓN VIII: COMENTARIOS (Haga referencia a las secciones de arriba y a los números de las preguntas sobre las que hace los comentarios. Si es necesario, adjunte hojas adicionales)****Declaro bajo pena de perjurio, conforme con las leyes del estado de California, que la información en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entendimiento.**

Firma	Día, mes y año de la firma
-------	----------------------------



**SOLICITUD DE SERVICIOS DE CHILD SUPPORT**

DCSS 0055 SPA (10/20/2019)

Número de Caso CSE:

***INSTRUCCIONES: Lea atentamente antes de firmar. Se requiere su firma para abrirle un caso.***

A partir del 1 de octubre del 2020, de conformidad con la Ley Bipartidista de Presupuesto (Bipartisan Budget Act) del 2018, artículo 53117 del Derecho Público 115-123, que enmienda las disposiciones de la Ley Federal de Reducción del Déficit (Federal Deficit Reduction Act) del 2005, el Departamento de Servicios de Child Support podrá aplicar una tarifa anual de servicio de \$35 por cada caso que nunca hayan recibido asistencia pública. Esta tarifa se calculará el 1 de octubre de cada año en los casos cuyas familias hayan recibido, al menos, \$550 durante el año fiscal federal anterior (del 1 de octubre al 30 de septiembre). La tarifa se deducirá de manera automática del/los próximos pago(s) emitido(s) al titular de la custodia después del 1 de octubre y hasta que se haya reembolsado el total de la tarifa.

Quiero que la agencia local de child support me ayude a obtener una orden de child support para establecer la paternidad del/de los niño/s o hacer cumplir una orden de child support.

Entiendo que aplico para estos servicios según el Programa de Servicios Child Support de Título IV-D de la Ley de Seguridad Social.

Informaré inmediatamente a la agencia de child support:

- Cuando cada uno de los niños se case.
- Cuando un menor cumpla los 18 años de edad y ya no asista a la escuela preparatoria, o cuando cumpla 19 años, lo que suceda primero.
- Si la dirección de mi hogar, dirección de correo o número de teléfono cambian.
- Si mi empleador, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono cambian.
- Si mis ingresos cambian.
- Si mi estado, condición o disponibilidad de cobertura de seguro de salud cambian.
- Si alguna información sobre el paradero del otro/s padre/s cambia.
- Si el padre vuelve a vivir junto con los niños, o
- Si hay algún cambio en la custodia, cuidado de niños o visitas.

*Estoy al tanto de que la agencia local de child support no me representa a mí, ni al otro padre ni a los niños que son sujetos de este caso. No existe ninguna relación cliente-abogado entre la agencia local de child support y yo, el otro padre o los niños. No surgirá ninguna relación cliente-abogado si la agencia local de child support suministra los servicios que he solicitado.*

***Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todos los términos especificados anteriormente.***

NOMBRE EN IMPRENTA

FIRMA

FECHA

Pagina en blanco.

Estimado/a Applicable:

La ley requiere al Departamento de Servicios de Manutención de Menores (DCSS) que envíe información de los casos de mantenimiento de hijos al gobierno federal. El gobierno federal mantiene una base de datos que incluye todos los casos de mantenimiento del país. Si es solicitado, el gobierno federal dará a conocer información del caso a otras agencias de mantenimiento de hijos, sin embargo, si usted o el/los niño/s en este caso son víctimas de violencia familiar, puede ser que usted no quiera se revele la información de su caso.

Si cree que la revelación de la información sobre su caso al gobierno federal puede causar un daño físico o emocional a usted o al/a los niño/s en este caso, por favor, complete el Cuestionario de Violencia Familiar adjunto (DCSS 0048 SPA) y devuélvalo a la agencia local de mantenimiento de hijos. Usted tiene que llenar el formulario en su totalidad para procesar su pedido.

Por favor, envíe el formulario completo a la:           Agencia Local de Mantenimiento de Hijos

Para los casos interestatal identificación personal debe ser revelada a menos que una orden que no sea divulgada ha sido archivada. Si usted nos ha informado que obtuvo una orden de protección o restricción o si usted fue concedido "buena causa" por su cooperación, y la agencia local de mantenimiento de hijos buscará una orden que no sea divulgada antes de enviar su aplicación al otro estado. Una orden que no es divulgada prevendrá la revelación de su información personal a las otras partes involucrada en su caso interestatal.

Si usted se siente que la revelación de su dirección u otra información personal le presentaría un riesgo a usted o a su hijo/s de salud, seguridad o de libertad, y si usted no tiene una orden de protección o si no fue concedido "buena causa" usted puede buscar su propia orden para que su información personal no sea revelada. Esto puede ser obtenido por su propio accesorio legal o con la ayuda del asistente de derecho familiar.

Si usted o el/los niño/s en este caso no son víctimas de violencia familiar, no tiene que devolver este formulario. También, es importante entender que la ley le prohíbe al DCSS revelar su información personal en este caso a la otra parte sin una orden del tribunal. Sin embargo, algunos documentos que incluyen cierta información personal suya pueden ser presentados ante el tribunal.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor visite CustomerConnect en internet, [www.cse.ca.gov/CustomerConnect](http://www.cse.ca.gov/CustomerConnect) para ayuda en-línea o llame a CustomerConnect al 1-866-901-3212. Las personas con impedimentos del habla o de la audición, por favor llamen al número TTY 1-866-399-4096.

Pagina en blanco.

### CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

DCSS 0048 SPA (02/09/09)

**INSTRUCCIONES:** Si no completa y nos devuelve este formulario, el gobierno federal, podrá revelar información sobre usted o sus hijos a los tribunales, agencia locales de mantenimiento de hijos, y posiblemente al otro padre de/de los niño/s o a la otra parte de este caso.

Su nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre de la otra parte: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I: Marque el cuadro apropiado para cada una de las preguntas.**

1. Usted o el/los niño/s en este caso, ¿fueron víctimas de violencia familiar o abuso de menores cometido por la otra parte en este caso de mantenimiento de hijos?  Sí  No

2. ¿Cuenta con una orden de contención, orden de protección u orden de estar alejado/a de la otra parte en este caso de mantenimiento de hijos?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor adjunte una copia de la orden y detalle la siguiente información:

Condado/Estado: \_\_\_\_\_ Orden/Número de Registro: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

3. Si usted o el/los niño/s en este caso reciben asistencia pública, ¿desea que el departamento de bienestar revise este caso para determinar su elegibilidad para cerrarlo debido al mayor riesgo de daño físico, sexual o emocional que usted o el/los niño/s en este caso tienen a causa de la otra parte? Esto se denomina tener una "buena causa" para cerrar el caso de mantenimiento.  Sí  No

**SECCIÓN II: Usted TIENE que completar esta sección si respondió "Sí" en la SECCIÓN I.**

Por favor, detalle la información de violencia familiar incluyendo fechas, horarios, lugares y testigos. (Adjunte página adicional si es necesario.)


**CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR**

DCSS 0048 SPA (02/09/09)

**SECCIÓN III: Si es apropiado, por favor, marque el cuadro más abajo, firme, coloque la fecha y devuelva este formulario a:**

Agencia Local de Mantenimiento de Hijos

- Revelar mi dirección u otra información que me identifique mi ubicación puede ser peligroso para mí o para el/los niño/s en este caso. Solicito que mi dirección u otra información de identificación no sean reveladas a la otra parte de este caso. El pedido estará vigente hasta que informe a la agencia local de mantenimiento de hijos por escrito que ya pueden dar a conocer mi información, y la agencia local de mantenimiento de hijos me informe que han recibido mi solicitud. Entiendo que según la legislación federal, una persona autorizada puede solicitar por escrito al tribunal que tiene jurisdicción para tomar o aplicar una decisión de mantenimiento de hijos o visitas, que se divulgue mi información. La agencia local de mantenimiento de hijos me informará por escrito si el tribunal ordena revelar cualquier tipo de información de mi caso.

**Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto.**

---

 NOMBRE EN IMPRENTA

---

 FIRMA

---

 FECHA
**AVISO DE PRIVACIDAD**

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil §1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5, Código de los Estados Unidos §552a(e)(3), §7 Nota) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario es utilizada por el Departamento de Servicios de Manutención de Menores y las agencias locales de mantenimiento de hijos para evitar la divulgación de la información en situaciones de abuso doméstico y/o de niños. La información que usted suministre podrá entregarse al gobierno federal y a otras organizaciones públicas dentro del límite requerido por ley. En caso de que no brinde esta información, la habilidad del DCSS para cuidar su información estará limitada.

El funcionario responsable de la organización para mantenimiento de este formulario es: **Funcionario de Registros de DCSS, PO BOX 419064, MS-110, Rancho Cordova, CA 95741, número de fax (916) 464-5069.** Las referencias legales que autorizan la solicitud y mantenimiento de esta información personal incluyen el Título 22 del Código de Regulaciones de California §§112110(h), 112300, 112301, y 112302, como así también el Código de Familia §17212. Se guardarán copias de este formulario en archivos confidenciales en el Departamento de Servicios de Manutención de Menores o en la agencia local de mantenimiento de hijos durante 4 años y 4 meses después que ciera su caso de mantenimiento de hijos. Tiene el derecho a acceder a este formulario si lo solicita **enviando un fax al (916) 464-5069.**

---

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este aviso, por favor llámenos al 1-866-901-3212.

---

**VERIFICACIÓN DE VISITAS**

DCSS 0053 SPA (08/21/2016)

Número de Caso CSE:

Nombre de la persona que completa el formulario:

Soy  la Parte con la Custodia  
 El Padre sin la Custodia**PARTE 1. VISITAS REALES DEL PADRE SIN CUSTODIA****INSTRUCCIONES:**

Complete el historial de visitas de los últimos 12 meses completando en los últimos 12 meses y la cantidad de horas cada mes que el padre sin la custodia visitó al/a los niño/s. Si las visitas son diferentes para cada niño/a, por favor complete un formulario para cada niño/a.

**Ejemplo:** Si los últimos 12 meses son Junio 2014 a Mayo 2015, completará de Junio a Diciembre en la parte izquierda de la tabla más abajo. Colocará 2014 en el año. Luego, completa la parte derecha de la tabla desde Enero a Mayo y coloca 2015 en el año.

MES / AÑO	CANTIDAD DE HORAS QUE EL PADRE SIN LA CUSTODIA VISITÓ AL/A LOS NIÑO/S CADA MES	MES / AÑO	CANTIDAD DE HORAS QUE EL PADRE SIN LA CUSTODIA VISITÓ AL/A LOS NIÑO/S CADA MES
Enero/		Enero/	
Febrero/		Febrero/	
Marzo/		Marzo/	
Abril/		Abril/	
Mayo/		Mayo/	
Junio/		Junio/	
Julio/		Julio/	
Agosto/		Agosto/	
Septiembre/		Septiembre/	
Octubre/		Octubre/	
Noviembre/		Noviembre/	
Diciembre/		Diciembre/	
	<b>TOTAL:</b>		<b>TOTAL:</b>

**VERIFICACIÓN DE VISITAS**

DCSS 0053 SPA (08/21/2016)

**PARTE 2. CUSTODIA/VISITA COMPARTIDA**

**MARQUE UNO:**       Custodia compartida                       Sólo Visitas                       Ninguna

**HORARIO DE VISITAS:**

Visitas regulares:

**Desde** (especifique día de la semana)                      a las (especifique hora)                      (Marque una)  
a.m./p.m.

**Hasta** (especifique día de la semana)                      a las (especifique hora)                      (Marque una)  
a.m./p.m.

Visitas en Vacaciones:                       Sí                       No  
Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios:

Visitas en Verano:                       Sí                       No  
Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios:

Visitas en días de Fiesta:                       Sí                       No  
Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios:

Visitas incluyendo pasar la noche:                       Sí                       No  
Si la respuesta es Sí, por favor especifique las fechas/horarios:

Acuerdo de custodia/visitas ordenado por un tribunal:                       Sí                       No

**Información Adicional:**

**Declaro que dentro de mi mayor conocimiento y creencia la información anterior es verdadera y correcta. Estoy al tanto de que esto puede ser entregado al otro padre para que lo verifique y se puede solicitar que cualquiera de las partes presente documentación.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN IMPRENTA\_\_\_\_\_  
FIRMA\_\_\_\_\_  
FECHA



**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

Condado:	Teléfono:	Número de Caso CSE:
Padre sin la Custodia:		
Nombre completo (Primer nombre, Segundo, Apellido, Sufijo)	Soy: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador	
Dirección (Calle)	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	Número de Seguro Social	
Empleador (Nombre, calle, ciudad, estado, código postal, teléfono)		

**INSTRUCCIONES:** Por favor, complete la SECCIÓN I si el seguro de salud lo brinda o lo hace disponible el Padre sin la Custodia o el empleador. La SECCIÓN II es sobre el seguro del otro padre. Los empleadores sólo deberán completar las Secciones I y III. Por favor firme y coloque la fecha en el formulario completo.

**SECCIÓN I: SU SEGURO DE SALUD****SEGURO DE SALUD:**

¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.	
Compañía o Sindicato de Seguro de Salud (suministre el número Local del Sindicato)		Suministrado por: <input type="checkbox"/> La Parte con la Custodia <input type="checkbox"/> El Padre sin la Custodia <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro: Relación:	
Dirección de la Compañía de Seguros: Calle, Número de Departamento o Número de Unidad (Dirección a donde se envían por correo los reclamos)		Número de teléfono (incluir el Código de Área)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro de Salud**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

- Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Salud se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja.  
 No disponible para dependientes.

La Póliza cubre lo siguiente: (Marque todo lo que aplique)

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visitas al Médico      | <input type="checkbox"/> Medicare Suplementario | <input type="checkbox"/> Enfermedades específicas   | <input type="checkbox"/> Medicamentos con Receta |
| <input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Estadía en Hospital    | <input type="checkbox"/> Paciente Ambulatorio de Hospital<br>(por ejemplo, análisis de laboratorio, terapia física) | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)     |

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

**SEGURO DENTAL:**¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Dental?  Sí  No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad

(dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro Dental se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.**SEGURO DE VISIÓN:**¿Tiene actualmente una cobertura de Seguro de Visión?  Sí  No Si la respuesta es Sí, por favor, complete a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad

(Dirección a dónde se envían por correo los reclamos)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Póliza
Cantidad de Prima \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad que Paga el Empleador \$	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal		
Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del empleado \$	Cantidad de la deducción aplicada a la porción de Seguro de Salud del dependiente \$	Costo para agregar un hijo adicional \$	

**Dependiente/s Actualmente Cubierto/s por el Seguro Dental**

Nombre (Primer nombre, Segundo, Apellido)	Número de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Número/s de Póliza	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

 Por favor marque esta casilla si los nombres y números de póliza de los dependientes cubiertos por su Seguro de Visión se enumeran en una hoja separada. Por favor, adjunte la hoja. No disponible para dependientes.

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

DCSS 0054 SPA (04/27/05)

**SECCIÓN II: SEGURO DEL OTRO PADRE****SEGURO DE SALUD:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Salud para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Salud

Dirección de la Compañía de Seguro de Salud: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SEGURO DENTAL:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro Dental para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro Dental

Dirección de la Compañía de Seguro Dental: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad *reclamos* (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SEGURO DE VISIÓN:**

¿El otro padre actualmente brinda cobertura de Seguro de Visión para el / los niño/s o usted?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, por favor complete la información a continuación.

Compañía de Seguro de Visión

Dirección de la Compañía de Seguro de Visión: Calle, Número de apartamento o Número de Unidad (*Dirección a dónde se envían por correo los reclamos*)

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**SECCIÓN III: (SE TIENE QUE COMPLETAR)**

- He adjuntado la información de la/las tarjeta/s de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s.
- En este momento, no tengo tarjetas/información de seguro sobre la cobertura para el / los niño/s. Le enviaré la información cuando la reciba de la compañía de seguros.
- En este momento no tenemos disponible cobertura de seguro. Entiendo que al momento de tenerla disponible, tendré que agregar a mi/s hijo/s al plan y luego notificar a la organización de sustento al niño local sobre la cobertura. La cobertura no está disponible porque:
- No se ofrece  Temporal  Medio Tiempo  Inscripción Rechazada  Costos no razonables
- Período de prueba/fecha elegibilidad

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil Sección 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley de Orden Público 93-579) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario, incluyendo el Número de Seguro Social, es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño (DCSS) para identificación y comunicación con usted. Según la Sección 466 (a) (13) de la Ley de Seguridad Social, se requiere que el DCSS solicite el Número de Seguro Social de una persona que esté sujeta a una sentencia de divorcio, orden de sustento al niño, o determinación o reconocimiento de paternidad.

La información del Número de Seguro Social es obligatoria y se mantendrá en el archivo en la organización de sustento al niño local para ubicar e identificar a las personas y activos para establecer, modificar y aplicar las obligaciones de sustento al niño. La inscripción de un hijo en el seguro de salud puede requerir la divulgación del Número de Seguridad Social del niño y la dirección de correo al empleador del otro padre o la divulgación del Número de Seguro Social del niño al otro padre.

La información en su caso puede ser analizada u otorgada al Estado, otra organización que pueda legalmente recibir dicha información, y al otro padre o a su abogado dentro del límite permitido por ley.

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA

TELÉFONO (incluir el Código de Área)

TÍTULO

Pagina en blanco.

## **INSTRUCCIONES CON RESPECTO AL USO DE FORMULARIOS JUDICIALES TRADUCIDOS EN ESPAÑOL**

DCSS 0637 SPA (09/11/07)

---

La agencia local de sustento al niño ha sido informada de que el Inglés no es su primer idioma. Por lo tanto, se proporcionan traducciones de formularios judiciales específicos como un servicio al cliente ha usted. Estos formularios incluyen información e instrucciones acerca de su caso de sustento al niño y pueden ser utilizados en acciones judiciales.

Es importante que usted comprenda sus derechos y responsabilidades para poder participar completamente en las acciones judiciales para establecer paternidad, sustento al niño, y órdenes de sustento. A usted también se le puede solicitar que proporcione información con respecto a sus ingresos y situación familiar de manera que la corte pueda determinar la cantidad correcta de sustento al niño.

Se incluyen formularios judiciales traducidos solamente para su información. La Norma Judicial 201.1 de California autoriza al Consejo Judicial a desarrollar formularios para ser utilizados en las cortes de este Estado. Los formularios adoptados por el Consejo Judicial para uso obligatorio deben ser utilizados por todos, incluyendo la agencia local de sustento al niño, y deben ser aceptados para su presentación por todas las cortes. Además, cualquier formulario presentado a la corte debe estar completado en Inglés.

Los formularios judiciales de idioma Inglés serán proporcionados al igual que la traducción al Español. Usted tiene que completar el formulario judicial de idioma Inglés con la información solicitada y devolverlo a la agencia local de sustento al niño. Por favor consulte la traducción al Español para ayudarse a completar el formulario judicial de idioma Inglés.

Para recibir ayuda en completar los formularios adjuntos usted puede contactar a la agencia local de sustento al niño. Usted también tiene el derecho de buscar consejo legal por parte de un abogado privado u oficina de servicios legales a su propio cargo. Si usted contrata a un abogado, usted tiene que informarle a la agencia local de sustento al niño. Para información y/o asistencia legal gratuita, usted puede contactar a la Oficina del Facilitador de la Ley de Familia de la Corte Suprema.

Se puede obtener información acerca de las ubicaciones de facilitadores de ley de familia y servicios de abogados disponibles por el Centro de Autoayuda de la Corte de California que se encuentra en el sitio web [www.courtinfo.ca.gov/selfhelp/](http://www.courtinfo.ca.gov/selfhelp/) o llamando a su Corte Suprema local.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al 1-866-901-3212 o 1-866-399-4096 TTY (para personas con impedimentos del habla/audición).

---

Pagina en blanco.

PARTE SIN ABOGADO O ABOGADO: NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS DEL ESTADO: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN, NÚMERO Y CALLE: CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL: N° DE TELÉFONO: NÚM. DE FAX: DIRECCIÓN DE EMAIL: ABOGADO DE (nombre):	SOLO PARA USO DE LA CORTE  <h2 style="margin: 0;">Solo para información</h2>  <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>
<b>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE</b> DIRECCIÓN NÚMERO Y CALLE: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE LA SUCURSAL:	
DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/PADRE/MADRE/RECLAMANTE:	
<b>DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS</b>	NÚMERO DEL CASO: <b>No entregue a la corte</b>

**1. Empleo** (Ponga información sobre su trabajo actual, o si está desempleado, su trabajo más reciente).

Adjunte copias de sus talones de sueldo de los últimos dos meses (tache los números de seguro social).

- a. Nombre del empleador:
- b. Dirección del empleador:
- c. Número de teléfono del empleador:
- d. Ocupación:
- e. Fecha en que empezó el trabajo:
- f. Si está desempleado, fecha en que dejó de trabajar:
- g. Trabajo unas \_\_\_\_\_ horas por semana.
- h. Mi pago bruto (antes de descontar impuestos) es de \$ \_\_\_\_\_ por mes \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_ por hora.

**(Si tiene más de un empleo, adjunte una hoja de 8 ½ por 11 pulgadas y ponga la misma información que puso arriba para sus otros trabajos. Escriba "Question 1- Other Jobs" (Pregunta 1: Otros Empleos) en la parte superior de la hoja.)**

**2. Edad y educación**

- a. Mi edad es (especifique): \_\_\_\_\_
- b. Terminé la preparatoria (high school) o el equivalente:  Sí  No Si no, el último grado que completé fue (especifique): \_\_\_\_\_
- c. Cantidad de años de universidad completados (especifique): \_\_\_\_\_ Título(s) obtenido(s) (especifique): \_\_\_\_\_
- d. Cantidad de años de posgrado completados (especifique): \_\_\_\_\_ Título(s) obtenido(s) (especifique): \_\_\_\_\_
- e. Tengo lo siguiente:  licencia(s) profesional(es)/ocupacional(es) (especifique): \_\_\_\_\_  
 capacitación vocacional (especifique): \_\_\_\_\_

**3. Información sobre impuestos**

- a.  Presenté mi última declaración de impuestos en (especifique año): \_\_\_\_\_
- b. El estado civil que declaro en mis impuestos es:  soltero/a  cabeza de familia  casado/a declarando por separado  casado/a declarando conjunto con (especifique nombre): \_\_\_\_\_
- c. Presento mis declaraciones de impuestos estatales en  California  otro (especifique estado): \_\_\_\_\_
- d. Reclamo el siguiente número de exenciones personales (incluyéndome a mí mismo/a) en los impuestos (especifique): \_\_\_\_\_

**4. Ingresos de la otra parte.** Estimo que el ingreso bruto mensual (antes de descontar impuestos) de la otra parte en este caso es: \$ \_\_\_\_\_ Esta estimación se basa en (explique): \_\_\_\_\_

**(Si necesita más espacio para responder a cualquier pregunta en este formulario, adjunte una hoja de 8 ½ por 11 pulgadas y ponga el número de la pregunta antes de su respuesta).** Cantidad de páginas adjuntas: \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que la información que aparece en todas las páginas de este formulario y toda página adjunta es verdadera y correcta.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo para información**

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL DECLARANTE)

DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/PADRE/MADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">No entregue a la corte</p>
--	--

**Adjunte copias de sus talones de sueldo de los últimos dos meses y prueba de cualquier otro ingreso. Lleve una copia de su última declaración de impuestos federales a la audiencia de corte (Tache el número de seguro social de los talones de sueldo y la declaración de impuestos).**

<b>5. Ingresos</b> (Para calcular el promedio mensual, sume todos los ingresos que recibió en cada categoría durante los últimos 12 meses y divida el total por 12).	Mes pasado	Promedio mensual
a. Salario o sueldo (bruto, antes de descontar impuestos) . . . . .	\$ _____	_____
b. Pagos por horas extras (bruto, antes de descontar impuestos) . . . . .	\$ _____	_____
c. Comisiones o bonificaciones . . . . .	\$ _____	_____
d. Beneficios públicos (por ejemplo: TANF, SSI, GA/GR) <input type="checkbox"/> que recibe actualmente . . . . .	\$ _____	_____
e. Manutención del cónyuge <input type="checkbox"/> de este matrimonio <input type="checkbox"/> de otro matrimonio <input type="checkbox"/> tributable a nivel federal* \$ _____	\$ _____	_____
f. Manutención de la pareja de hecho <input type="checkbox"/> de esta pareja de hecho <input type="checkbox"/> de otra pareja de hecho . . . . .	\$ _____	_____
g. Pagos de pensión/fondo de jubilación . . . . .	\$ _____	_____
h. Pagos del seguro social por jubilación (no SSI) . . . . .	\$ _____	_____
i. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Seguro social (no SSI) <input type="checkbox"/> Discapacidad estatal (SDI) <input type="checkbox"/> Seguro privado . . . . .	\$ _____	_____
j. Compensación por desempleo . . . . .	\$ _____	_____
k. Compensación al trabajador . . . . .	\$ _____	_____
l. Otro (asignaciones militares, pago de regalías) (especifique):	\$ _____	_____

<b>6. Ingresos de inversiones</b> (Para cada bien, adjunte una lista que indique la entrada bruta menos los gastos en efectivo).		
a. Dividendos/intereses . . . . .	\$ _____	_____
b. Ingresos por vivienda alquilada . . . . .	\$ _____	_____
c. Ingresos de fideicomiso . . . . .	\$ _____	_____
d. Otro (especifique): . . . . .	\$ _____	_____

<b>7. Ingresos de trabajo por cuenta propia, después de deducir gastos de negocio para todos los negocios.</b> . . . . .		
Soy <input type="checkbox"/> dueño/propietario único <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> otro (especifique):		
Cantidad de años en este negocio (especifique):		
Nombre del negocio (especifique):		
Tipo de negocio (especifique):		

**Adjunte una declaración de ganancias y pérdidas para los últimos dos años o el Anexo C de su última declaración de impuestos federales. Tache su número de seguro social. Si tiene más de un negocio, proporcione la misma información para todos sus negocios.**

- 8.  **Ingresos adicionales.** Recibí dinero una sola vez (ganancias de lotería, herencia, etc.) en los últimos 12 meses (especifique la fuente y el monto):
- 9.  **Cambio de ingresos.** Mi situación financiera cambió significativamente en los últimos 12 meses porque (especifique):

<b>10. Deducciones</b>		Mes pasado
a. Cuotas sindicales obligatorias . . . . .	\$ _____	_____
b. Pagos de jubilación obligatorios (no del seguro social, FICA, 401(K), o IRA) . . . . .	\$ _____	_____
c. Pagos de primas de seguro médico, hospitalario, dental y otras primas de seguro de salud (monto total mensual) . . . . .	\$ _____	_____
d. Manutención de los hijos que pago por niños de otras relaciones . . . . .	\$ _____	_____
e. Manutención del cónyuge que pago por orden de la corte por otro matrimonio <input type="checkbox"/> deducible del impuesto federal*. . . \$ _____	\$ _____	_____
f. Manutención de la pareja de hecho que pago por orden de la corte por otra de pareja de hecho . . . . .	\$ _____	_____
g. Gastos necesarios relacionados al trabajo no reembolsados por mi empleador (adjunte explicación titulada "Question 10g" (Pregunta 10g)) . . . . .	\$ _____	_____

<b>11. Bienes</b>		Total
a. Dinero en efectivo y en cuentas corrientes, de ahorros, cooperativas de ahorro y crédito, mercado de dinero y otras cuentas de depósito . . . . .	\$ _____	_____
b. Acciones, bonos y otros bienes que puedo vender fácilmente . . . . .	\$ _____	_____
c. Todos los demás bienes <input type="checkbox"/> reales y <input type="checkbox"/> personales (estime el valor justo de mercado menos las deudas que deba) \$ _____	\$ _____	_____

\* Marque la casilla si la orden o fallo de manutención del cónyuge fue firmado por las partes y la corte antes del 1 de enero de 2019 o si un cambio ordenado por la corte mantiene los pagos de manutención del cónyuge como ingreso tributable para el beneficiario y deducible de impuestos para el pagador.



DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/PADRE/MADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO:  <b>No entregue a la corte</b>
--	---

**12. Las siguientes personas viven conmigo:**

Nombre	Edad	Relación (ej.: hijo)	Ingreso bruto mensual de esa persona	¿Paga algunos de los gastos del hogar?
a.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**13. Gastos mensuales promedio**     Estimación de gastos     Gastos reales     Necesidades propuestas

- |  |  |
|--|--|
| a. Vivienda:<br>(1) <input type="checkbox"/> Alquiler o <input type="checkbox"/> hipoteca . . . . \$ _____<br>Si hipoteca:<br>(a) Capital promedio: \$ _____<br>(b) Interés promedio: \$ _____<br>(2) Impuestos sobre bienes inmuebles . . . \$ _____<br>(3) Seguro de propietario o inquilino (si no está incluido arriba). . . . . \$ _____<br>(4) Mantenimiento y reparación. . . . . \$ _____<br>b. Gastos médicos no pagados por el seguro. . \$ _____<br>c. Cuidado de los niños . . . . . \$ _____<br>d. Comida y provisiones para el hogar . . . . \$ _____<br>e. Comida fuera de casa . . . . . \$ _____<br>f. Servicios públicos (gas, luz, agua, basura) \$ _____<br>g. Teléfono, teléfono celular e email . . . . . \$ _____ | h. Lavandería y limpieza . . . . . \$ _____<br>i. Ropa . . . . . \$ _____<br>j. Educación . . . . . \$ _____<br>k. Entretenimiento, regalos, y vacaciones . . . \$ _____<br>l. Gastos de automóvil y transporte (seguro, gasolina, reparaciones, autobús, etc.) . . . . \$ _____<br>m. Seguros (de vida, accidente etc.; no incluya seguro de automóvil, del hogar o de salud.) \$ _____<br>n. Ahorros e inversiones . . . . . \$ _____<br>o. Contribuciones caritativas . . . . . \$ _____<br>p. Pagos a plazos que figuran en el punto 14 ( <i>detalle abajo en el punto 14 y ponga el total aquí</i> ). . \$ _____<br>q. Otro ( <i>especifique</i> ): . . . . . \$ _____<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     r. <b>GASTOS TOTALES</b> (a–q) (<i>No incluya en su suma los montos en a(1)(a) y (b)</i>) \$ _____                 </div> s. <b>Monto de gastos pagado por otras personas</b> \$ _____ |
|--|--|

**14. Pagos a plazos y deudas no incluidos arriba**

Pagado a	Para	Monto	Saldo	Fecha del último pago
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

**15. Honorarios de abogado** (*Se requiere esta información si alguna de las partes pide el pago de los honorarios de abogado*):

- a. Hasta la fecha le he pagado a mi abogado este monto por honorarios y gastos (*especifique*): \$ \_\_\_\_\_
- b. La fuente de este dinero fue (*especifique*): \_\_\_\_\_
- c. Hasta la fecha todavía le debo los siguientes honorarios y gastos a mi abogado (*especifique el total debido*): \$ \_\_\_\_\_
- d. Por cada hora mi abogado me cobra (*especifique*): \_\_\_\_\_

Yo confirmo este acuerdo de honorarios.

Fecha:

**Solo para información**

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL DECLARANTE)

DEMANDANTE: DEMANDADO: <b>Solo para información</b> OTRA PARTE/PADRE/MADRE/RECLAMANTE:	NÚMERO DEL CASO: <b>No entregue a la corte</b>
--	---

**INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS**  
**(NOTA: llene esta página sólo si su caso incluye la manutención de los hijos).**

**16. Cantidad de hijos**

- a. Tengo (especifique número): \_\_\_\_\_ niño(s) menor(es) de 18 años con el otro padre en este caso.
- b. Los hijos pasan el \_\_\_\_\_ por ciento del tiempo conmigo y el \_\_\_\_\_ por ciento del tiempo con el otro padre.  
 (Si no está seguro del porcentaje, o no hay acuerdo entre los padres, describa su horario de crianza aquí).

**17. Gastos de atención de salud de los hijos**

- a.  Tengo  No tengo seguro de salud para los hijos disponible por medio de mi trabajo.
- b. Nombre de la compañía de seguros:
- c. Dirección de la compañía de seguros:
  
- d. El costo mensual del seguro de salud **de los hijos** es o sería (especifique): \$ \_\_\_\_\_  
 (No incluya el monto pagado por su empleador).

**18. Gastos adicionales para los hijos en este caso**

Monto por mes

- a. Cuidado de los niños para poder ir yo a trabajar u obtener capacitación laboral. . . . . \$ \_\_\_\_\_
- b. Gastos de atención médica de los hijos no cubiertos por el seguro . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- c. Gastos de transporte para la visitación . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- d. Gastos educativos de los hijos o por sus necesidades especiales. (especifique a continuación): \$ \_\_\_\_\_

**19. Dificultades especiales.** Le pido a la corte que considere las siguientes circunstancias financieras especiales (adjunte documentación para todo lo que ponga aquí, incluyendo, órdenes de la corte):

Monto por mes      ¿Por cuántos meses?

- a. Gastos extraordinarios de salud no incluidos en el punto 18b . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- b. Pérdidas catastróficas no cubiertas por el seguro (ejemplos: incendio, hurto, otra pérdida asegurada) . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- c. (1) Gastos de mis hijos menores de edad de otras relaciones que viven conmigo . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- (2) Nombres y edades de estos hijos (especifique):

(3) Manutención que recibo por estos hijos. . . . . \$ \_\_\_\_\_

Los gastos indicados en a, b y c crean una dificultad financiera extrema porque (explique):

**20. Otra información que quiero que sepa la corte sobre la manutención en mi caso (especifique):**

PARTY WITHOUT ATTORNEY OR ATTORNEY STATE BAR NUMBER:  NAME: FIRM NAME: STREET ADDRESS: CITY: STATE: ZIP CODE: TELEPHONE NO.: FAX NO.: E-MAIL ADDRESS: ATTORNEY FOR (name):	<b>FOR COURT USE ONLY</b>
<b>SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF</b> STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:	
PETITIONER: RESPONDENT: OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:	
<b>INCOME AND EXPENSE DECLARATION</b>	CASE NUMBER:

1. **Employment** (Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out Social Security numbers).

- a. Employer:
- b. Employer's address:
- c. Employer's phone number:
- d. Occupation:
- e. Date job started:
- f. If unemployed, date job ended:
- g. I work about \_\_\_\_\_ hours per week.
- h. I get paid \$ \_\_\_\_\_ gross (before taxes)  per month  per week  per hour.

(If you have more than one job, attach an 8 1/2-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

2. **Age and education**

- a. My age is (specify): \_\_\_\_\_
- b. I have completed high school or the equivalent:  Yes  No If no, highest grade completed (specify): \_\_\_\_\_
- c. Number of years of college completed (specify): \_\_\_\_\_ Degree(s) obtained (specify): \_\_\_\_\_
- d. Number of years of graduate school completed (specify): \_\_\_\_\_ Degree(s) obtained (specify): \_\_\_\_\_
- e. I have:  professional/occupational license(s) (specify): \_\_\_\_\_  
 vocational training (specify): \_\_\_\_\_

3. **Tax information**

- a.  I last filed taxes for tax year (specify year): \_\_\_\_\_
- b. My tax filing status is  single  head of household  married, filing separately  
 married, filing jointly with (specify name): \_\_\_\_\_
- c. I file state tax returns in  California  other (specify state): \_\_\_\_\_
- d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes (specify): \_\_\_\_\_

- 4. **Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at (specify): \$ \_\_\_\_\_  
 This estimate is based on (explain): \_\_\_\_\_

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8 1/2-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: \_\_\_\_\_

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 (TYPE OR PRINT NAME) (SIGNATURE OF DECLARANT)

PETITIONER: RESPONDENT: OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:
--	--------------

**Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. (Black out your Social Security number on the pay stub and tax return.)**

5. **Income** (For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes).....	\$ _____	\$ _____
b. Overtime (gross, before taxes).....	\$ _____	\$ _____
c. Commissions or bonuses.....	\$ _____	\$ _____
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) <input type="checkbox"/> currently receiving .....	\$ _____	\$ _____
e. Spousal support <input type="checkbox"/> from this marriage <input type="checkbox"/> from a different marriage <input type="checkbox"/> federally taxable* .....	\$ _____	\$ _____
f. Partner support <input type="checkbox"/> from this domestic partnership <input type="checkbox"/> from a different domestic partnership .....	\$ _____	\$ _____
g. Pension/retirement fund payments.....	\$ _____	\$ _____
h. Social Security retirement (not SSI).....	\$ _____	\$ _____
i. Disability: <input type="checkbox"/> Social Security (not SSI) <input type="checkbox"/> State disability (SDI) <input type="checkbox"/> Private insurance .....	\$ _____	\$ _____
j. Unemployment compensation.....	\$ _____	\$ _____
k. Workers' compensation.....	\$ _____	\$ _____
l. Other (military allowances, royalty payments) (specify): .....	\$ _____	\$ _____

6. **Investment income** (Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)

a. Dividends/interest.....	\$ _____	
b. Rental property income.....	\$ _____	
c. Trust income.....	\$ _____	
d. Other (specify): .....	\$ _____	

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses**..... \$ \_\_\_\_\_

I am the  owner/sole proprietor  business partner  other (specify): \_\_\_\_\_

Number of years in this business (specify): \_\_\_\_\_

Name of business (specify): \_\_\_\_\_

Type of business (specify): \_\_\_\_\_

**Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your Social Security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.**

8.  **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months (specify source and amount): \_\_\_\_\_

9.  **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because (specify): \_\_\_\_\_

10. **Deductions**

	Last month
a. Required union dues.....	\$ _____
b. Required retirement payments (not Social Security, FICA, 401(k), or IRA).....	\$ _____
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums (total monthly amount).....	\$ _____
d. Child support that I pay for children from other relationships.....	\$ _____
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage <input type="checkbox"/> federally tax deductible*.....	\$ _____
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership.....	\$ _____
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer (attach explanation labeled "Question 10g").....	\$ _____

11. **Assets**

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts.....	\$ _____
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell.....	\$ _____
c. All other property, <input type="checkbox"/> real and <input type="checkbox"/> personal (estimate fair market value minus the debts you owe).....	\$ _____

\* Check the box if the spousal support order or judgment was executed by the parties and the court before January 1, 2019, or if a court-ordered change maintains the spousal support payments as taxable income to the recipient and tax deductible to the payor.

PETITIONER: RESPONDENT: OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:
--	--------------

**12. The following people live with me:**

Name	Age	How the person is related to me (ex: son)	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**13. Average monthly expenses**     Estimated expenses     Actual expenses     Proposed needs

a. Home: (1) <input type="checkbox"/> Rent or <input type="checkbox"/> mortgage..... \$ _____ If mortgage: (a) average principal:    \$ _____ (b) average interest:     \$ _____ (2) Real property taxes..... \$ _____ (3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above)..... \$ _____ (4) Maintenance and repair..... \$ _____ b. Health-care costs not paid by insurance..... \$ _____ c. Child care..... \$ _____ d. Groceries and household supplies..... \$ _____ e. Eating out..... \$ _____ f. Utilities (gas, electric, water, trash)..... \$ _____ g. Telephone, cell phone, and e-mail..... \$ _____	h. Laundry and cleaning..... \$ _____ i. Clothes..... \$ _____ j. Education..... \$ _____ k. Entertainment, gifts, and vacation..... \$ _____ l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.)..... \$ _____ m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance)..... \$ _____ n. Savings and investments..... \$ _____ o. Charitable contributions..... \$ _____ p. Monthly payments listed in item 14 (itemize below in 14 and insert total here).... \$ _____ q. Other (specify): \$ _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">                     r. <b>TOTAL EXPENSES</b> (a-q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b)) \$ _____                 </div> s. <b>Amount of expenses paid by others</b> \$ _____
--	---

**14. Installment payments and debts not listed above**

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

**15. Attorney fees** (This information is required if either party is requesting attorney fees):

- a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs (specify): \$
- b. The source of this money was (specify):
- c. I still owe the following fees and costs to my attorney (specify total owed): \$
- d. My attorney's hourly rate is (specify):

I confirm this fee arrangement.

Date:

\_\_\_\_\_ (TYPE OR PRINT NAME)

▶

\_\_\_\_\_ (SIGNATURE OF DECLARANT)

PETITIONER: RESPONDENT: OTHER PARTY/PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:
--	--------------

**CHILD SUPPORT INFORMATION**  
**(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)**

**16. Number of children**

- a. I have (*specify number*): \_\_\_\_\_ children under the age of 18 with the other parent in this case.
- b. The children spend \_\_\_\_\_ percent of their time with me and \_\_\_\_\_ percent of their time with the other parent.  
*(If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)*

**17. Children's health-care expenses**

- a.  I do  I do not have health insurance available to me for the children through my job.
- b. Name of insurance company: \_\_\_\_\_
- c. Address of insurance company: \_\_\_\_\_
  
- d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be (*specify*): \$ \_\_\_\_\_  
*(Do not include the amount your employer pays.)*

**18. Additional expense for the children in this case**

	Amount per month
a. Childcare so I can work or get job training.....	\$ _____
b. Children's health care not covered by insurance.....	\$ _____
c. Travel expenses for visitation.....	\$ _____
d. Children's educational or other special needs ( <i>specify below</i> ):.....	\$ _____

**19. Special hardships.** I ask the court to consider the following special financial circumstances  
*(attach documentation of any item listed here, including court orders):*

	Amount per month	For how many months?
a. Extraordinary health expenses not included in 18b.....	\$ _____	_____
b. Major losses not covered by insurance ( <i>examples: fire, theft, other insured loss</i> ).....	\$ _____	_____
c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me.....	\$ _____	_____
(2) Names and ages of those children ( <i>specify</i> ):		
(3) Child support I receive for those children.....	\$ _____	

The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because (*explain*):

**20. Other information I want the court to know concerning support in my case (*specify*):**

# DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

DCSS 0569 SPA (06/17/2018)

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO

Al reverso de esta página se encuentra la Declaración historial de pagos de mantenimiento de su caso. Por favor indique la cantidad de mantenimiento que ordenó el tribunal y la cantidad que se pagó por cada mes. Estas cifras ayudarán a determinar la cantidad del mantenimiento vencido adeudado, si corresponde.

Complete lo siguiente dentro de los cuadros a la mitad inferior de la página:

- Columna de la "Cantidad Ordenada" por cada año
  - Complete la cantidad de mantenimiento que ordenó la corte cada mes desde que comenzó su orden. Si ha habido un cambio en su orden, asegúrese de que cada mes refleje la cantidad correcta de mantenimiento a pagar.
- Columna de la "Cantidad Pagada" por cada año
  - Complete la cantidad en dólares del mantenimiento pagado en ese mes. Si se realizó más de un pago en un mes determinado, coloque la cantidad total en dólares del mantenimiento pagado. **Ponga el monto en dólares al lado del mes en que se hizo el pago, y no el mes que los pagos estaban destinados a cubrir.** Si es necesario, puede adjuntar hojas.

Complete lo siguiente dentro de los cuadros en la mitad inferior de la página, **solo si se aplica a su caso**:

- "Sección de Encarcelamiento/Institucionalización"
  - Complete los detalles de cualquier período de tiempo durante el cual el padre/madre de su hijo fue confinado involuntariamente en una prisión estatal, cárcel del condado, instalación juvenil, centro de salud mental u otro establecimiento. Si es necesario, puede adjuntar hojas adicionales.

Por favor complete una página(s) por separado para mantenimiento de hijos, mantenimiento del cónyuge, mantenimiento familiar, mantenimiento médica, gastos médicos no reembolsados y otros tipos de asistencia que no se detallan. **NO combine mantenimiento de hijos y mantenimiento conyugal a menos que su orden judicial combine los dos pagos de mantenimiento en un orden de mantenimiento "familiar".**

Tenga en cuenta que esta Declaración **no es confidencial** y puede ser entregada al padre/madre o a la otra persona en su caso para su revisión. Si hay un desacuerdo con respecto al historial de pagos, se puede exigir a ambas partes que presenten comprobantes de pago, por ejemplo, cheques cancelados o recibos.

Si tiene preguntas y/o necesita ayuda con los formularios de manutención de menores, puede obtener ayuda gratuita de la Oficina del Facilitador de Leyes Familiares de su tribunal local. La información para el Facilitador de Derecho Familiar se puede encontrar en el sitio web de las Cortes de California en <http://www.courts.ca.gov/selfhelp-facilitators.htm>.



**DECLARACIÓN HISTORIAL DE PAGO DE MANTENIMIENTO**

DCSS 0569 SPA (06/17/2018)

Persona que completa este formulario (nombre): \_\_\_\_\_

Yo Soy:  La Parte con la Custodia El Padre sin la CustodiaHistorial de pagos de mantenimiento para (marque uno):  Hijo  Conyugal  Familia Gastos médicos no reembolsados  Médico  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

AÑO \_\_\_\_\_

AÑO \_\_\_\_\_

AÑO \_\_\_\_\_

	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ORDENADA	CANTIDAD PAGADA
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

**Historia de encarcelamiento/institucionalización**

FECHA DE INICIO (MM/DD/YYYY)	FECHA DE LIBERACION (MM/DD/YYYY)	INSTALACIÓN/INSTITUCIÓN NOMBRE Y UBICACIÓN	OTROS DETALLES, TALES COMO CARGOS OFENSA(S), CONVICCIÓN(S), NOMBRE DE LA VICTIMA(S), TRIBUNAL DONDE FUE SENTENCIADO, ETC.

**Declaro, bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto. Soy consciente de que esto se puede proporcionar al padre/madre para su verificación y que se le puede solicitar a cualquiera de las personas que proporcione la documentación.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Número de caso CSE: \_\_\_\_\_