



División de Servicios de Sustento para Menores



SOLICITUD DEL TÍTULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

CLÁUSULA SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) del Departamento de Seguridad Económica del Estado de Arizona (DES) le pide que usted voluntariamente proporcione su número de seguro social como parte del proceso de *solicitud*. El DES/DCSS utilizará esta información así como lo autoriza la ley para proveer servicios de sustento para menores que incluyen el establecimiento de la paternidad y una orden del tribunal para el sustento del menor, y la imposición de una orden del tribunal. Si usted no les provee su número de seguro social ni el de su menor hoy mismo, usted tendrá que hacerlo al momento que la DCSS o sus agentes se preparen para comparecer ante el tribunal con el propósito de obtener una orden de paternidad o de sustento para menores. Esto se requiere conforme a la ley federal 42 U.S.C. 666 (a)(13) y por la ley estatal A.R.S. § 25-1251.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office



**DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES
P.O. BOX 40458 • PHOENIX, ARIZONA 85067 • (602) 252-4045**

Gracias por solicitar información sobre los servicios de sustento para menores. La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) tiene la responsabilidad de administrar el programa de sustento para menores por medio del Estado de Arizona Conforme al Título IV-D del Acto de Seguro Social. Usted no tiene que pagar una cuota para solicitar servicios. Una vez que se abra su caso, a usted se le puede cobrar una cuota de \$35 por año (vea *Cuotas por Servicios de Sustento para Menores* en la página 6). Los siguientes son los servicios disponibles por medio de la DCSS:

- **Establecimiento de la paternidad legal**
- **Establecimiento de una orden del tribunal para el sustento para menores y sustento médico**
- **Cumplimiento de una orden de sustento para menores**
- **Cumplimiento de una orden del tribunal para el sustento conyugal que incluye una orden del tribunal para el sustento para menores**
- **La localización de padres**
- **Revisión de la orden del tribunal para el sustento para menores con la posibilidad de una modificación**

Adjuntamos la Solicitud de Servicios de Sustento para Menores bajo Título IV-D **para que usted la llene** y solicite nuestros servicios. Es muy importante que usted revise cuidadosamente este documento y después llene completamente todos los formularios adjuntos. **Por favor de no dejar ninguna línea en blanco.** Por favor escriba "N/A" en las preguntas que no se aplican a su situación. Cuando usted no sabe o no tiene la respuesta por favor de escribir "UNK" que es desconocido. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor llame al Servicio de Asistencia para Clientes de la DCSS al (602) 252-4045 para obtener asistencia. Por favor use tinta negra para llenar la solicitud.

Es muy importante y necesario tener información completa, correcta, y al corriente acerca de los padres para que así la DCSS pueda proceder en su caso con todas las actividades relacionadas con el sustento para menores inclusive el obtener y recolectar sustento de menores y sustento médico.

Proporcione los siguientes documentos cuando solicite servicios de sustento para menores:

- Solicitud de IV-D llenada
- Para todos los menores enumerados en la solicitud:
 - Actas de nacimiento
 - Copias de cualquier orden relacionada a la paternidad
 - Copias de cualquier orden de sustento existente o anterior
- Si alguna vez ha estado casado/a:
 - Copia de su(s) licencia(s) de matrimonio
 - Copia de cualquier decreto de disolución de divorcio
- Si ya tiene una orden de sustento para los menores que aparecen en la solicitud, proporcione cualquier registro de los pagos que se hayan efectuado. Esto puede incluir pagos efectuados directamente a usted o pagos efectuados por medio de un tribunal o cámara de compensación fuera de Arizona. Sin embargo, no es necesario que proporcione un historial de pagos que se hayan procesado por medio de la Cámara de Compensación del Pago de Manutención de Arizona (Arizona Child Support Payment Clearinghouse, ATLAS por sus siglas en inglés).

Si usted actualmente recibe asistencia pública, tal como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) y/o tiene Seguro de Salud del Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud (AHCCCS por sus siglas en inglés), y participa en un Programa del Crianza Temporal de Título IV-E que está subvencionado federalmente, puede que usted ya haya automáticamente sido recomendado a la División de Servicios de Sustento para Menores para que reciba los servicios.

Como solicitante de los Servicios de Sustento para Menores del Título IV-D de la DCSS usted está de acuerdo en cooperar por completo en todas las acciones necesarias que le requiera la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) o sus agentes y sus abogados para establecer la paternidad, o establecer, modificar o recolectar la obligación de sustento de menores.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CUANDO TRABAJA CON DCSS PARA SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES

LA COOPERACION INCLUYE PERO NO ESTÁ LIMITADA A LO SIGUIENTE:

1. LLENAR TODO DOCUMENTO QUE LE PIDA LA DCSS O SUS AGENTES, Y
2. PRESENTARSE A LA OFICINA LOCAL DE SUSTENTO PARA MENORES, LA OFICINA LOCAL DE ABOGADOS DE LA DCSS, A DEPOSICIONES DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS O DEL TRIBUNAL O A UN SITIO DESIGNADO PARA UN EXÁMEN GENÉTICO DESPUÉS DE HABER RECIBIDO UN AVISO, Y
3. PROVEER TODA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE QUE LE PIDA LA DCSS, Y
4. NOTIFICARLE A LA DCSS SOBRE CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:
 - **Cualquier cambio** en su dirección de domicilio o postal, números de teléfonos de contacto, y empleador. Sin la información al día en su archivo, puede que su Número de Identificación Personal (PIN) no se pueda cambiar puesto que esta información se usa para verificar su identidad.
 - Si usted ha recibido beneficios de asistencia en efectivo/pública (TANF/AFDC) en el pasado a nombre suyo o de su(s) niño/a(s) en un estado que no sea Arizona.
 - Si usted obtiene un abogado para que lo/a represente en asuntos de sustento para menores o si usted/ su abogado buscan una audiencia con el tribunal relacionada con paternidad, sustento de menores o divorcio.
5. Proporcionarnos copias de **cualquier documento legal** u otras notificaciones que tenga en su posesión pertenecientes a su divorcio, sustento para menores, sustento médico, asuntos de custodia, modificación de sustento para menores o de custodia, declaración de bancarrota por parte del padre obligado, deposiciones, apelaciones, etc., y
6. Informarnos sobre **cualquier** cambio en la custodia legal o física del/de la(de los/las) niño/a(s), incluyendo custodia (a largo o a corto plazo), si usted comienza a vivir con el otro padre, y o cambios importantes en su situación financiera y
7. Darnos la información total y completa sobre el nombre del otro padre, la dirección, el número de seguro social, la fecha de nacimiento, los ingresos, el historial de educación y de empleo. Reporte información nueva sobre el otro padre inmediatamente. La cantidad de información que usted suministre puede afectar la posibilidad de que la DCSS localice al otro padre y pueda trabajar exitosamente en su caso y
8. Darle a la DCSS las declaraciones financieras completas que le solicite. Puede ser que a usted se le requiera suministrar verificación de gastos médicos, de educación y cuidados de niños así como sus ingresos, e información sobre otros/as niños/as naturales o adoptivos/as en su hogar. Puede ser que a usted también se le requiera proporcionar información sobre horarios de visita/crianza. Esta información se necesita para establecer o modificar una orden de sustento para menores y
9. Estar de acuerdo en devolverle a la DCSS cualquier dinero que se le pagó a usted por error. Esto incluye: (1) pagos que eran para un padre diferente, (2) pagos que se recibieron del padre que paga que no se llevaron a cabo debido a fondos insuficientes o a una orden de suspensión de pagos, y (3) pagos recibidos de la Agencia Federal de impuestos que son invertidos luego.
10. Firmar un acuerdo de derecho de recuperación y pagar los costos y/o cuotas de recuperación si se envía su caso a otro estado donde la ley requiere que el/la solicitante que solicite los servicios IV-D, reembolse los costos actuales de los costos de los procedimientos interestatales.
11. Consentir en pagar los costos de la prueba genética (ADN, en inglés DNA) en un caso de paternidad si se determina que usted es el padre.

EL SOLICITANTE COMPRENDE QUE LA DCSS TIENE EL DERECHO Y LA RESPONSABILIDAD DE:

- Tratar de establecer paternidad y sustento para menores, incluyendo cobertura de seguro médico, y hacer que cumpla con las obligaciones de sustento para menores y de pensión alimenticia que ya dictó el tribunal.
- Decidir la mejor forma de manejar su caso de una manera consistente con los requerimientos estatales y federales. La DCSS por lo general usará remedios de cumplimiento administrativos, cuando sea apropiado, en lugar de acciones judiciales. La DCSS consultará con su consejero legal para determinar si es necesaria una acción legal y actuará en forma consistente en el mejor interés del Estado de Arizona.
- Notificar al solicitante sobre todos los procedimientos para establecer y modificar el sustento y darle al/a la solicitante copias de órdenes del tribunal, si es necesario.
- Darle al tribunal su dirección/domicilio y alguna otra información de identificación personal para el litigio del sustento para menores y a otros de acuerdo a lo que permite la ley federal y estatal a menos que se determine que su información debe ser protegida. La DCSS debe cumplir con las órdenes del tribunal relacionadas con revelar su dirección/domicilio o información en su caso o al tribunal o algún procedimiento.
- Revelar el número de seguro social del niño/a(s) al empleador de uno de los padres cuando se le requiere al padre proveer seguro médico.
- Cuando uno de los padres solicite una modificación, la DCSS debe revisar la orden del tribunal cada tres (3) años para una modificación y determinar si es apropiado un ajuste. (La revisión determinará si la cantidad en la orden del tribunal es razonable y apropiada conforme a las Normas del Sustento para Menores de Arizona [Arizona Child Support Guidelines] y que puede resultar en una disminución, aumento, o ningún cambio en su orden tributaria del sustento para menores actual). Se puede solicitar una modificación de la orden del tribunal si la orden del sustento para menores no incluye una provisión de seguro médico. Para que se revise su caso con más frecuencia que cada tres (3) años, deben indicar un cambio sustancial y cambios continuos en las circunstancias. Puede que la DCSS sea requerida a solicitar una modificación de la orden del tribunal, ya sea hacia arriba o hacia abajo de acuerdo con la ley estatal.
- Si la persona con la obligación de pagar sustento para menores solicita servicios para recibir ayuda para modificar su obligación de sustento, él o ella debe ser consciente de que la DCSS también está obligada a tomar medidas para hacer cumplir la orden.

REQUISITOS RIGUROSOS DE LA LEY FEDERAL Y ESTATAL PARA DISTRIBUIR SUSTENTO PARA MENORES

- Los pagos que recolectamos deben de ser distribuidos durante dos (2) días a partir del día en que se recibieron después de que se provee toda la información apropiada. Esto no se aplica a los pagos de reembolso de impuestos interceptados o a pagos que no se pueden identificar. Puede que se retengan cheques de grande cantidad y/o de fuera del estado hasta que sean autorizados por el banco.
- A menos que usted reciba una exención por dificultad, la DCSS emite todos los pagos recibidos para usted mediante el depósito directo en su cuenta bancaria o en una Tarjeta de Pago Electrónico de Arizona (EPC por sus siglas en inglés) emitida a nombre suyo. Si no se proporciona un formulario de autorización para pagos electrónicos, que autoriza el depósito directo, el método preestablecido para recibir sus pagos de sustento para menores es la EPC. Consulte las divulgaciones adjuntas de tarifas asociadas con una EPC La EPC es una tarjeta de débito con los pagos de sustento para su niño/a almacenados en ella y se puede usar para pagar productos y servicios o para obtener dinero en efectivo en cualquier ATM o de vendedores minoristas en todo el mundo.

Las razones específicas por las que un/a cliente puede solicitar una exención por dificultades de la DCSS o de la Unidad de Pagos del Estado (State Disbursement Unit, cuyas siglas en inglés son SDU) son 1) El cliente no reside dentro de treinta (30) millas o menos de un ALLPOINT ATM Ó 30 millas de un lugar de ventas al por menor, Y/Ó 2) El/la cliente no tiene acceso a ningún tipo de cuenta en institución financiera para fines de recibir pagos electrónicos por medio de depósito directo, Y/Ó 3) El cliente ha afirmado por escrito con documentos de apoyo que el uso de una tarjeta de acceso electrónico y/o depósito directo creará una dificultad excesiva debido a una discapacidad física o mental documentada, Y/Ó 4) El cliente está involucrado/a en procedimientos legales que requieren que los pagos sean enviados a un fideicomista o beneficiario representante.

Un cliente puede solicitar una exención por dificultad por escrito en cualquier momento a ARIZONA STATE DISBURSEMENT UNIT, HARDSHIP EXEMPTION, PO BOX 36626, PHOENIX, AZ 85067-6626. Para obtener una exención por dificultad, el/la cliente debe documentar la causa de la exención, incluyendo presentar pruebas de cualquier discapacidad física o mental. La DCSS responderá por escrito a todas las solicitudes de exención por dificultad dentro de 30 días de calendario.

- El primer dinero que se reciba durante un mes es considerado como el sustento corriente de ese mes y se le debe distribuir a los dos (2) días después que DCSS haya documentado el pago.
- Una vez que se pague el sustento actual del mes, cualquier dinero adicional que se reciba durante el mes será considerado como pago hacia el sustento no pagado o sustento vencido y pendiente de pago. Si se recibe un pago que exceda la cantidad de la obligación de sustento actual y no se debe ningún sustento, la DCSS le dará crédito (por esa cantidad excedente) hacia el sustento futuro, o a cualesquier honorarios pendientes. Los pagos no se aplican a las tarifas hasta que todas las obligaciones de sustento (pasadas y actuales) se hayan pagado.
- Si el padre que hace los pagos le debe el sustento corriente mensual a más de una familia, todo el sustento corriente se pagará primero antes de que se aplique dinero como pago a la cantidad de sustento que se debe en el pasado. Cuando la cantidad que se recolectó no es suficiente dinero para pagar el sustento corriente mensual a todas las familias, el empleador repartirá el pago entre las familias como se requiere por ley.
- Si el padre que tiene la custodia se cambia de domicilio y no le informa a la DCSS su nueva dirección/ domicilio, y DCSS no puede enviarle los pagos de sustento durante ciento veinte (120) días, el pago se le regresará al padre sin custodia. Si la DCSS no puede entregarle la cantidad de sustento al padre sin custodia entonces esta cantidad se considera propiedad abandonada, la cual será revertida al Estado.

CASO CERRADO

Bajo las circunstancias que permita la ley, la DCSS puede cerrar su caso si:

- Los factores del caso han establecido un impedimento para tomar una acción hacia la recolección de sustento.
- Usted no ha colaborado, y su colaboración es esencial para el próximo paso para proveer servicios, y usted no está recibiendo beneficios de asistencia pública.
- Usted ha solicitado por escrito que se cierre su caso, no hay ninguna deuda de sustento para menores ni médica que se deba conforme a la orden del tribunal y al estado, y ni usted ni su(s) niño/a(s) reciben asistencia pública.
- La DCSS no ha logrado comunicarse con usted durante un período de sesenta (60) días de calendario, a pesar de todos los intentos que se han hecho por teléfono y por lo menos una carta por correo de primera clase, y usted no está recibiendo asistencia pública.
- Usted aceptó pagos de sustento para menores directos del padre sin custodia después de que se abrió su caso de IV-D. Esto evita que la DCSS mantenga saldos de deuda precisos.

LA DCSS O SUS AGENTES NO OFRECEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- Las demandas de divorcio (Disolución de matrimonio).
- La recolección de órdenes del tribunal para el sustento conyugal o sólo el mantenimiento, y las cuales no incluyen el sustento para menores.
- Ninguna acción legal sobre la custodia, la toma de decisiones legales, el derecho de visitas, ni el tiempo de crianza.
- La recolección de pagos que son ordenados por el tribunal para pagar costos médicos que no se han pagado u otras cuentas, honorarios de abogado, acuerdos de propiedad, o acuerdos referentes a costos de universidad o colegio.
- Exámenes genéticos (DNA) con el propósito de refutar la paternidad o anular órdenes de paternidad.

REPRESENTACION LEGAL

Los Abogados Generales de Arizona y los Abogados del Condado no lo representan a usted ni a sus niños/as en los procedimientos de sustento para menores; ellos representan al Estado de Arizona. Usted tiene derecho de tener un abogado privado por su propia cuenta, además de los servicios que proporciona la DCSS.

CUOTA POR SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES

De acuerdo con la ley federal, la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas en inglés) le requiere cobrar una tarifa de servicio anual de \$35 en los casos en que el padre con custodia del menor nunca ha recibido asistencia pública y ha recibido \$550 de apoyo dentro del año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre). Se le puede cobrar más de una tarifa cada año si tiene más de un caso aplicable.

DERECHO DE PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

Como práctica regular, la DCSS no da a conocer información personal (dirección, número de Seguro Social, o fecha de nacimiento, etc.) suya o de su(s) niño(s) excepto en ciertos documentos del tribunal, cuando el tribunal le ordena hacer esto o cuando está autorizado por la ley estatal o federal. Sin embargo, es ahora un requisito federal enviar cierta información personal al Registro de Casos Federales (en inglés, Federal Case Registry, FCR), que es usado por todos los estados para hacer cumplir órdenes de sustento. Si usted reclama que la violencia familiar/doméstica es un asunto en su caso y el de su(s) niño(s), su dirección y su información personal no se le entregarán al Registro de Casos Federales (FCR) y no se les darán a otras agencias estatales y federales como requiere la ley actualmente. Cualquier documento del tribunal que necesite ser presentado al tribunal para recolectar sustento para usted y para su(s) niño(s) sólo dirá que su dirección está “EN EL ARCHIVO DE DES.”

Nos preocupamos por su seguridad y por la de su familia. Necesitamos saber si usted desea que información personal en su caso de sustento se proteja y no se le dé a conocer a otras agencias estatales y federales como actualmente autoriza la ley. Si usted considera que dar a conocer su dirección o otra información de identificación personal puede resultar en que usted, sus hijas (hijos) o un pariente que suministra cuidados peligrosos físicos o emocionalmente, por favor avísenos inmediatamente.

Usted necesita informarle a la DCSS inmediatamente si: 1) alguna vez ha tenido que obtener una orden judicial de restricción temporal (en inglés, Temporary Restraining Order, TRO) o una Orden de Protección (en inglés, Order of Protection, OP), en contra de su cónyuge actual o anterior o en contra del otro padre de su(s) niño(s); 2) alguna vez ha tenido que llamar a la policía para que venga a su hogar a proteger a usted o a su(s) niño(s) de su cónyuge actual o anterior o del otro padre de su(s) niño(s); o 3) un doctor, hospital, miembro de su familia o vecino sabe que su cónyuge actual o anterior o el otro padre de su(s) niño(s) le ha hecho daño a usted.

OFICINAS DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES

**Horas 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes
Teléfono 602-252-4045, Gratis 1-800-882-4151**

<p>DCSS Cochise Oficina de Sierra Vista 2981 E. Tacoma St. Sierra Vista, AZ 85635</p>	<p>DCSS Mohave Oficina de Bullhead City 2601 E. Hwy. 95 Bullhead City, AZ 86442</p> <p>Oficina de Kingman 2400 Airway Ave. Kingman, AZ 86409</p> <p>Oficina de Lake Havasu City 2031 Spawr Circle Lake Havasu City, AZ 86403</p>	<p>DCSS Santa Cruz 1843 N. State Dr. Nogales, AZ 85621</p> <hr/> <p>DCSS Yavapai Oficina de Prescott Valley 3262 N. Bob Dr., Ste. 13 Prescott Valley, AZ 86314</p>
<p>DCSS Coconino Oficina de Flagstaff 1701 N. 4th St. Flagstaff, AZ 86004</p>	<p>DCSS Condado de Gila Centro de Recursos de Globe 605 S. 7th Street, Globe, AZ 85501</p>	<p>DCSS Condado de Navajo Oficina de Pinetop-Lakeside 20 E. White Mountain Blvd. Suite C-1 Through C-3 Lakeside, AZ 85929</p>
<p>DCSS Graham/Greenlee Oficina de Safford 333 N. 8th Ave. Safford, AZ 85546</p>	<p>DCSS Pima Oficina de Tucson 1455 S. Alvernon Way Tucson, AZ 85711</p> <p>Centro de Recursos de Tucson 2255 W. Ina Rd. Tucson, AZ 85741</p>	<p>DCSS Oficina de Yuma 1800 E. Palo Verde St. Yuma, AZ 85365</p>
<p>DCSS Maricopa Oficina de Región Este 125 E. Elliot Rd. Chandler, AZ 85225</p> <p>Oficina de Región Norte 11420 N. 19th Ave. Phoenix, AZ 85029</p> <p>Oficina de Región Sur 6010 N 57th Drive Glendale, AZ 85301</p>	<p>DCSS Pinal Oficina de Casa Grande 555 W. Main Casa Grande, AZ 85122</p> <p>Oficina de Coolidge 1155 N. Arizona Blvd. Coolidge, AZ 85128</p>	

OFICINAS DEL CONDADO SOCIO

Navajo Nación

St. Michael's Professional Bldg.
Hwy. 264 and Mission Rd.
Window Rock, AZ 86515
928-871-7195

SOLICITUD DEL TÍTULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES

For Official Use Only <i>Solamente para uso oficial</i>	
Date Application Requested:	_____
Date Application Mailed/Provided:	_____
Date Application Received:	_____
ATLAS #:	_____

POR FAVOR DE LEER

- Si usted está solicitando servicios para más de dos menores, por favor pida más páginas para añadir a los niños/as.
- Los siguientes documentos deben ser proporcionados si están disponibles: Identificación válida, certificados de nacimiento de todos los menores, tarjetas de Seguro Social de todas las partes, licencias matrimoniales, todas las órdenes de los tribunales y los certificados de defunción pertinentes.
- Si usted está solicitando servicios para varios menores que involucran a más de una madre o padre, por favor complete una solicitud para cada madre o padre.
- Si usted no tiene la información al día sobre la otra persona cuando llena esta solicitud, por favor complete con la última información conocida.
- Cuando llene esta solicitud, por favor escriba claramente y legiblemente en LETRA DE MOLDE, sólo con tinta negra.
- Si usted recibe o efectúa pagos de sustento directos, usted necesitará llenar una Declaración Jurada de Pago Directo.

Requisito de Interprete:

¿Necesita usted un intérprete? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el idioma? _____

Instrucciones para llenar esta solicitud:

Si usted es la **madre** natural o adoptiva del/de los menor(es), llene las secciones 1, 3, 4 y 5.

Si usted es el **padre** natural o adoptivo (o el **presunto padre**) del/de los menor(es), llene las secciones 1, 3, 4 y 5.

El **guardián** es la persona que cuida la salud y el bienestar del/de los menor(es) y tiene la custodia física y legal del/de los menor(es), pero NO es el padre. Si usted es el guardián, por favor llene TODAS las secciones de esta solicitud.

Section 1: APPLICANT INFORMATION**Sección 1: Datos del Solicitante**

1. Your First Name / *Su primer nombre* Your Middle Name / *Su segundo nombre* Your Last Name / *Su apellido*

2. Your Date of Birth (mm/dd/yyyy) /
Su fecha de nacimiento

3. Your Social Security Number /
Su número de Seguro Social

4. Are YOU the mother, the father (or alleged father) or the caretaker applying for services? /
¿Es USTED la madre, el padre (o presunto padre) o el encargado que solicite servicios?

Mother / *Madre*

Father / *Padre*

Caretaker / *Encargado*

5. Who has primary physical custody of the child(ren)? / *¿Quién tiene la custodia física primaria del/de los menor(es)?*

Mother / *Madre*

Father / *Padre*

Caretaker / *Encargado*

6. Does an attorney represent you in any matters related to the child(ren)? /

¿Algún abogado le representa a usted con algún procedimiento relacionado al (a los) menor(es)? Yes / *Sí* No

If yes, provide the attorney's name, address and phone number /

En caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y número de teléfono del abogado

Attorney's Name /

Attorney's Phone Number /

Nombre del Abogado

Número de teléfono del abogado

Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / *Dirección (Núm., calle, núm. de apto. o aptdo. postal)*

City /

State /

ZIP Code /

Ciudad

Estado

Código postal

Instrucciones para llenar esta solicitud:

Por favor elija una de las afirmaciones a continuación:

Madre: Si usted es la madre natural o adoptiva del/de los menor(es), llene las secciones 1, 3, 4 y 5.

Padre: Si usted es el padre natural o adoptivo o el supuesto padre del/de los menor(es), llene las secciones 1, 3, 4 y 5.

Guardian: Si usted es el encargado, la persona que cuida la salud y el bienestar del/de los menor(es) y tiene la custodia física o legal del/de los menor(es), pero quien NO es el padre, llene TODAS las secciones de esta solicitud.

Section 2: CARETAKER INFORMATION

Sección 2: Datos del Guardián

Full Legal Name (Last) / *Nombre legal completo (apellido)* _____ Full Legal Name (First, Middle) / *Nombre legal completo (primero, segundo)* _____

Other names used / *Otros nombres que ha usado* _____ Social Security Number / *Número de Seguro Social* _____ Date of Birth (Month, Day, Year) / *Fecha de nacimiento (mes, día, año)* _____

Place of Birth / *Lugar de nacimiento* _____ Gender / *Sexo*: Male / *Masculino* Female / *Femenino*

Are you (the Caretaker) a member of a Tribe? / *¿Es usted (el Encargado) miembro de una Tribu?* Yes / *Sí* No

If yes, name of Tribe / *Si es así, el nombre del Tribu* _____ Tribal Census Number / *El número de censo tribal* _____

Residential Address (No., Street) / *Domicilio (Núm., calle)* _____

City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ ZIP Code / *Código postal* _____

Mailing Address (No., Street, P.O. Box) / *Dirección postal (Núm., calle, caja postal)* _____

City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ ZIP Code / *Código postal* _____

Home Phone No. / *Núm. de teléfono de casa* _____ Cell or Message Phone No. / *Teléfono celular o de mensajes* _____ Work Phone No. / *Núm. de teléfono de trabajo* _____ Email Address / *Dirección de correo electrónico* _____

For each child listed, when did you (the Caretaker) obtain physical custody of the child(ren)?

Por cada menor indicado, ¿cuándo obtuvo usted (el Encargado) la custodia física del menor?

Do you (the Caretaker) have legal guardianship of the child? / *¿Tiene usted (el Encargado) custodia legal del menor?*

Child's name / <i>Nombre del menor</i>	Date of custody (Month, year) / <i>Fecha de custodia (mes, año)</i>	Legal guardianship / <i>Tutela legal</i>
		Yes / <i>Sí</i> No
		Yes / <i>Sí</i> No
		Yes / <i>Sí</i> No
		Yes / <i>Sí</i> No

What is your (the Caretaker's) relationship to the mother of the child(ren)? / *¿Qué parentesco tiene usted (el Encargado) con la madre del/de los menor(es)?* _____

What is your (the Caretaker's) relationship to the father of the child(ren)? / *¿Qué parentesco tiene usted (el Encargado) con el padre del/de los menor(es)?* _____

Have you (the Caretaker) ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) / *¿Alguna vez usted (el Encargado) solicitó o recibió los siguientes servicios? (Si es así, ¿cuándo y dónde?)*

1. **Child Support Services / *Servicios de sustento para menores***: Yes / *Sí* No
Dates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____

2. **Cash Assistance / *Asistencia en efectivo***: Yes / *Sí* No
Dates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____

3. **Medical Assistance / *Asistencia médica***: Yes / *Sí* No
Dates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent you (the Caretaker) for any issue regarding the parents and/or child(ren)? / *¿Le representa a usted (el Encargado) algún abogado en cualquier asunto relacionado a los padres o al/a los menor(es)?* Yes / *Sí* No

Attorney's Name / *Nombre del Abogado* _____ Attorney's Phone Number / *Número de teléfono del abogado* _____

Physical Description / *Descripción física*:
Race / *Raza* _____ Weight / *Peso* _____ Height / *Estatura* _____ Eye Color / *Color de ojos* _____ Hair Color / *Color del cabello* _____

Distinguishing Characteristics (describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.) / *Características distintivas (describa cualquier tatuaje, cicatriz, marca de nacimiento, vello facial, anteojos, etc.)*

Section 3: MOTHER'S INFORMATION – Page 1 of 2**Sección 3: Datos de la madre – página 1 de 2**Full Legal Name (Last) / *Nombre legal completo (apellido)* _____ Full Legal Name (First, Middle) / *Nombre legal completo (primero, segundo)* _____Other names used / *Otros nombres que ha usado* _____Social Security Number /
Número de Seguro Social _____Date of Birth (Month, Day, Year) /
Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____Place of Birth /
Lugar de nacimiento _____Is the mother a member of a Tribe? / *¿Es la madre miembro de una Tribu?*Yes / *Sí* NoIf yes, name of Tribe / *Si es así, el nombre del Tribu* _____Tribal Census Number / *El número de censo tribal* _____Residential Address (No., Street) / *Domicilio (Núm., calle)* _____City / *Ciudad* _____State / *Estado* _____ZIP Code / *Código postal* _____How long at this address? / *¿Cuánto tiempo permanezca en esta dirección?* _____ years / *años* _____ months / *meses*Mailing Address (No., Street, P.O. Box) / *Dirección postal (Núm., calle, caja postal)* _____City / *Ciudad* _____State / *Estado* _____ZIP Code / *Código postal* _____Home Phone No. /
Núm. de teléfono de casa _____Cell or Message Phone No. /
Teléfono celular o de mensajes _____Email Address /
Dirección de correo electrónico _____Occupation / *Ocupación* _____Work Phone No. / *Núm. de teléfono de trabajo* _____Employer's Name / *Nombre del empleador* _____Employer Address (No., Street) / *Dirección del empleador* _____City / *Ciudad* _____State / *Estado* _____ZIP Code / *Código postal* _____

Has the mother ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) /

*Alguna vez la madre solicitó o recibió los siguientes servicios? (Si es así, cuándo y dónde?)***1. Child Support Services / *Servicios de sustento para menores:*** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____**2. Cash Assistance / *Asistencia en efectivo:*** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____**3. Medical Assistance / *Asistencia médica:*** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent the mother for any issue regarding these child(ren)? /

¿Le representa a la madre algún abogado en cualquier asunto relacionado a los padres o al/a los menor(es)? Yes / *Sí* No

Attorney's Name /

Nombre del Abogado _____

Attorney's Phone Number /

Número de teléfono del abogado _____Is there a domestic violence issue on this case? / *¿Existe algún problema con violencia doméstica en este caso?* Yes / *Sí* NoPhysical Description / *Descripción física:*Race /
Raza _____Ethnicity / *Etnicidad*
Hispanic / *Hispana*Weight /
Peso _____Height /
Estatura _____Eye Color /
Color de ojos _____Hair Color /
Color de cabello _____Non-Hispanic / *No Hispana* _____

Distinguishing Characteristics (describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.) /

*Características distintivas (Describa cualquier tatuaje, cicatriz, marca de nacimiento, vello facial, anteojos, etc.)*Other states the mother has lived in / *Otros estados donde vivía la madre* _____Names of Mother's Parents / *Nombres de los padres de la madre:*Mother (First, Last) / *Madre (nombre, apellido)* _____Father (First, Last) / *Padre (nombre, apellido)* _____

Section 3: MOTHER'S INFORMATION - Page 2 of 2**Sección 3: Datos de la madre - página 2 de 2**Mother's current marital status / *Estado civil actual de la madre:* Single / *Soltera* Married / *Casada* Divorced / *Divorciada*If married, Spouse's Name / *Si está casada, nombre del cónyuge* _____ Date of Marriage / *Fecha de matrimonio* _____If divorced, date of divorce / *Si está divorciada, fecha del divorcio* _____ County/State where filed / *Condado/estado donde se presentó* _____ If separated, date spouse last lived with mother / *Si está separada última fecha en que el cónyuge convivió con la madre* _____List all previous marriages / *Enumere todos matrimonios previos:* None / *Ninguno*

Name of Spouse / <i>Nombre del cónyuge</i>	Date / <i>Fecha</i>	Place (County/State) / <i>Lugar (condado/estado)</i>	Date of Dissolution / <i>Fecha de disolución</i>	Disposition / <i>Disposición</i>
				Divorced / <i>Divorciada</i> Deceased / <i>Difunto</i>
				Divorced / <i>Divorciada</i> Deceased / <i>Difunto</i>
				Divorced / <i>Divorciada</i> Deceased / <i>Difunto</i>
				Divorced / <i>Divorciada</i> Deceased / <i>Difunto</i>

Is the mother pregnant now? / *¿Se encuentra la madre embarazada?* Yes / *Sí* NoIf yes, other parent's name / *Si es así, nombre del otro padre* _____Does the mother have any other children? / *¿Tiene la madre otros menores?* Yes / *Sí* No

Child's Name (First, Last) / <i>Nombre del menor (nombre, apellido)</i>	Father's Name (First, Last) / <i>Nombre del padre (nombre, apellido)</i>

Has the mother ever lived in Arizona? / *¿Alguna vez vivía en Arizona la madre?* Yes / *Sí* NoDid the mother and father ever live together? / *¿Alguna vez convivieron la madre y al padre?* Yes / *Sí* NoIf yes, Address (City, State) / *Si es así, dirección (ciudad, estado)* _____Dates (Month, Year) / *Fechas (mes, año)* _____From / *Desde* _____ To / *hasta* _____Mother's Vehicle / *Vehículo de la madre:*Make / *Marca* _____ Model / *Modelo* _____ Color / *Color* _____ Year / *Año* _____ License Plate (State, Number) / *Placa (estado, número)* _____Has the mother ever been incarcerated? / *¿Ha estado la madre alguna vez encarcelado?* Yes / *Sí* NoIf yes, City and State / *Si es así, ciudad y estado* _____Dates (Month, Year) / *Fechas (mes, año)* _____From / *Desde* _____ To / *hasta* _____Is the mother a veteran? / *¿Es la madre un veterano?* Yes / *Sí* NoWhat is the highest level of schooling the mother completed? / *¿Cuál es el mayor nivel de educación completado por la madre?*8th grade / *8avo grado*9th – 12th grade, no diploma / *9no – 12avo grado, sin diploma*High school graduate or GED / *Graduado con título secundario o GED*Some college, no degree / *Alguna educación postsecundaria, sin título*Associates Degree / *Título de asociado (p. ej., AA, AS)*Bachelor's Degree / *Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)*Master's Degree / *Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MSW, MBA)*Doctorate Degree / *Doctorado (p. ej., PhD, EdD)*Professional Degree / *Título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)*

Section 4: FATHER'S OR ALLEGED FATHER'S INFORMATION - Page 1 of 2**Sección 4: Datos del Padre o Presunto Padre - página 1 de 2**Full Legal Name (Last) / *Nombre legal completo (apellido)* _____ Full Legal Name (First, Middle) / *Nombre legal completo (primero, segundo)* _____Other names used / *Otros nombres que ha usado* _____Social Security Number /
Número de Seguro Social _____Date of Birth (Month, Day, Year) /
Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____Place of Birth /
Lugar de nacimiento _____Is the father a member of a Tribe? / *¿Es el padre miembro de una Tribu?* Yes / *Sí* NoIf yes, name of Tribe / *Si es así, el nombre del Tribu* _____Tribal Census Number / *El número de censo tribal* _____Residential Address (No., Street) / *Domicilio (Núm., calle)* _____City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ ZIP Code / *Código postal* _____How long at this address? / *¿Cuánto tiempo permanezca en esta dirección?* _____ years / *años* _____ months / *meses*Mailing Address (No., Street, P.O. Box) / *Dirección postal (Núm., calle, caja postal)* _____City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ ZIP Code / *Código postal* _____Home Phone No. / *Núm. de teléfono de casa* _____ Cell or Message Phone No. / *Teléfono celular o de mensajes* _____ Email Address / *Dirección de correo electrónico* _____Occupation / *Ocupación* _____ Work Phone No. / *Núm. de teléfono de trabajo* _____Employer's Name / *Nombre del empleador* _____Employer Address (No., Street) / *Dirección del empleador* _____City / *Ciudad* _____ State / *Estado* _____ ZIP Code / *Código postal* _____

Has the father ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) /

*Alguna vez el padre solicitó o recibió los siguientes servicios? (Si es así, cuándo y dónde?)*1. **Child Support Services / Servicios de sustento para menores:** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____2. **Cash Assistance / Asistencia en efectivo:** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____3. **Medical Assistance / Asistencia médica:** Yes / *Sí* NoDates (Month/Year) / *Fecha (mes/año)* _____ – _____ Where (City, State) / *¿A dónde? (ciudad, estado)* _____

Does an attorney represent the father for any issue regarding these child(ren)? /

¿Le representa al padre algún abogado en cualquier asunto relacionado a los padres o al/a los menor(es)? Yes / *Sí* NoAttorney's Name / *Nombre del Abogado* _____ Attorney's Phone Number / *Número de teléfono del abogado* _____Is there a domestic violence issue on this case? / *¿Existe algún problema con violencia doméstica en este caso?* Yes / *Sí* NoPhysical Description / *Descripción física:*Race / *Raza* _____ Ethnicity / *Etnicidad* _____ Weight / *Peso* _____ Height / *Estatura* _____ Eye Color / *Color de ojos* _____ Hair Color / *Color de cabello* _____Hispanic / *Hispana* _____ Non-Hispanic / *No Hispana* _____

Distinguishing Characteristics (describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.) /

*Características distintivas (Describa cualquier tatuaje, cicatriz, marca de nacimiento, vello facial, anteojos, etc.)*Other states the father has lived in / *Otros estados donde vivía el padre* _____Names of Father's Parents / *Nombres de los padres del padre:*Mother (First, Last) / *Madre (nombre, apellido)* _____Father (First, Last) / *Padre (nombre, apellido)* _____

Section 5: Child #1 Information

If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.

Sección 5: Datos del menor #1

Si usted está solicitando servicios para más de dos menores que tienen el mismo padre, por favor llene páginas suplementarias para cada menor adicional.

Legal Name (Last) / *Nombre legal completo (apellido)* _____ Legal Name (First, Middle) / *Nombre legal completo (primero, segundo)* _____

Social Security Number / *Número de Seguro Social* _____ Does this child live with you? / *¿Este niño/a vive con usted?* Yes / Sí No How are you related to this child? / *¿Cuál es su relación con este/a niño /a?* _____

Date of Birth (Month, Day, Year) / *Fecha de nacimiento (mes, día, año)* _____ Place of Birth (City, State, County) / *Lugar de nacimiento (ciudad, estado, condado)* _____ Place of Conception (City, State) / *Lugar donde concibió (ciudad, estado)* _____

Gender / *Sexo:* Male / *Masculino* Female / *Femenino* Race / *Raza* _____ Ethnicity / *Etnicidad* Hispanic / *Hispana* Non-Hispanic / *No Hispana*

Has the father lived with this child in Arizona? / *¿Ha vivido el padre con este/a niño/a en Arizona?* Yes / Sí No

Is the child a member of a Tribe? / *¿Es este niño/a miembro de una Tribu?* Yes / Sí No

If yes, name of Tribe / *Si es así, el nombre del Tribu* _____ Tribal Census Number / *El número de censo tribal* _____

What was the relationship between the biological parents at the time of this child's birth? / *¿Cuál fue la relación entre los padres biológicos durante el nacimiento del niño/a?*
Never married / *Nunca estuvieron casados* Married / *Casados* Divorced / *Divorciados*

Was the mother married to anyone when she became pregnant or when the child was born? / *¿Estaba la madre casada con alguien cuando quedó embarazada o cuando nació el niño/a?* Yes / Sí No
If yes, his name / *Si es así, su nombre* _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) / *Fecha de nacimiento* _____

Address / *Dirección* _____

Date of Marriage (Month, Day, Year) / *Fecha de matrimonio (mes, día, año)* _____ Place of Marriage (City, County, State) / *Lugar donde se celebró el matrimonio (ciudad, condado, estado)* _____

Date of Divorce (Month, Day, Year) / *Fecha del divorció (mes, día, año)* _____ Place of Divorce (City, County, State) / *Lugar de divorció (ciudad, condado, estado)* _____

Is a father named on the birth certificate? / *¿Se nombra a un padre en la acta de nacimiento?* Yes / Sí No

If yes, what is his name? / *Si es así, ¿cuál es su nombre?* _____

Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number. Mark all that apply. / *¿Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es así, proveer el condado, estado y el número de la orden del tribunal. Marque todo lo que se aplique.*

	Existing Order / <i>Orden existe</i>	County / <i>Condado</i>	State / <i>Estado</i>	Court Order No. / <i>Núm. de la orden del tribunal</i>
Paternity / <i>Paternidad</i>	Yes / Sí No			
Child Support / <i>Sustento de menores</i>	Yes / Sí No			
Medical/Dental / <i>Médico/Dental</i>	Yes / Sí No			
Custody/Visitation / <i>Custodia/Visitación</i>	Yes / Sí No			
Guardianship / <i>Tutela</i>	Yes / Sí No			
Termination of Parental Rights / <i>Terminación de patria potestad</i>	Yes / Sí No			
Adoption Pending/Final / <i>Adopción pendiente/Final</i>	Yes / Sí No			
Legal Separation / <i>Separación legal</i>	Yes / Sí No			
Divorce Decree/Annulment / <i>Decreto de divorcio/Anulación</i>	Yes / Sí No			

Section 5: Child #2 Information

If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.

Sección 5: Datos del menor #2

Si usted está solicitando servicios para más de dos menores que tienen el mismo padre, por favor llene páginas suplementarias para cada menor adicional.

Legal Name (Last) / Nombre legal completo (apellido) _____ Legal Name (First, Middle) / Nombre legal completo (primero, segundo) _____

Social Security Number / Número de Seguro Social _____ Does this child live with you? / ¿Este niño/a vive con usted? _____ How are you related to this child? / ¿Cuál es su relación con este/a niño /a? _____
Yes / Sí No

Date of Birth (Month, Day, Year) / Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Place of Birth (City, State, County) / Lugar de nacimiento (ciudad, estado, condado) _____ Place of Conception (City, State) / Lugar donde concibió (ciudad, estado) _____

Gender / Sexo: _____ Race / Raza _____ Ethnicity / Etnicidad _____
Male / Masculino Female / Femenino _____ Hispanic / Hispana Non-Hispanic / No Hispana

Has the father lived with this child in Arizona? / ¿Ha vivido el padre con este/a niño/a en Arizona? Yes / Sí No

Is the child a member of a Tribe? / ¿Es este niño/a miembro de una Tribu? Yes / Sí No

If yes, name of Tribe / Si es así, el nombre del Tribu _____ Tribal Census Number / El número de censo tribal _____

What was the relationship between the biological parents at the time of this child's birth? / ¿Cuál fue la relación entre los padres biológicos durante el nacimiento del niño/a?

Never married / Nunca estuvieron casados Married / Casados Divorced / Divorciados

Was the mother married to anyone when she became pregnant or when the child was born? / ¿Estaba la madre casada con alguien cuando quedó embarazada o cuando nació el niño/a? Yes / Sí No

If yes, his name / Si es así, su nombre _____ Date of Birth (mm/dd/yyyy) / Fecha de nacimiento _____

Address / Dirección _____

Date of Marriage (Month, Day, Year) / Fecha de matrimonio (mes, día, año) _____ Place of Marriage (City, County, State) / Lugar donde se celebró el matrimonio (ciudad, condado, estado) _____

Date of Divorce (Month, Day, Year) / Fecha del divorció (mes, día, año) _____ Place of Divorce (City, County, State) / Lugar de divorció (ciudad, condado, estado) _____

Is a father named on the birth certificate? / ¿Se nombra a un padre en la acta de nacimiento? Yes / Sí No

If yes, what is his name? / Si es así, ¿cuál es su nombre? _____

Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number. Mark all that apply. / ¿Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es así, proveer el condado, estado y el número de la orden del tribunal. Marque todo lo que se aplique.

	Existing Order / Orden existe	County / Condado	State / Estado	Court Order No. / Núm. de la orden del tribunal
Paternity / Paternidad	Yes / Sí No			
Child Support / Sustento de menores	Yes / Sí No			
Medical/Dental / Médico/Dental	Yes / Sí No			
Custody/Visitation / Custodia/Visitación	Yes / Sí No			
Guardianship / Tutela	Yes / Sí No			
Termination of Parental Rights / Terminación de patria potestad	Yes / Sí No			
Adoption Pending/Final / Adopción pendiente/Final	Yes / Sí No			
Legal Separation / Separación legal	Yes / Sí No			
Divorce Decree/Annulment / Decreto de divorcio/Anulación	Yes / Sí No			

Agreement to Repay Overpayments Made in Error
Acuerdo para reembolsar sobrepagos efectuados en error

Initials

_____ I voluntarily agree to repay the Division of Child Support Services (DCSS) any money that is paid to me in error. I understand that my consent is optional and I will receive child support services whether or not I consent. DCSS may withhold an amount not to exceed 20 percent from future child support payments to correct the overpayment.

Money paid to me in error may include:

1. Payments intended for another person;
2. Payments received from the paying parent that were not honored because of insufficient funds or a stop payment;
3. Payments received from the Internal Revenue Service that were later reversed.

Iniciales

_____ *Consiento voluntariamente reembolsar a la División de Sustento para Menores (DCSS) cualquier iniciales dinero que se haya pagado por error. Entiendo que mi consentimiento es opcional y recibiré servicios de sustento para menores si doy o no doy mi consentimiento. La DCSS puede retener una cantidad que no exceda el 20 por ciento de los pagos de sustento para menores futuros para corregir el sobrepago.*

El dinero pagado por error a mí puede incluir:

1. *Los pagos destinados a otra persona;*
2. *Los pagos recibidos del padre obligado que no fueron honrados debido a la falta de fondos o una suspensión de pago;*
3. *Los pagos recibidos del Servicio de Rentas Internas que posteriormente se revirtieron.*

Parent's Signature / *Firma del padre:* _____

Requisitos Para Cooperación

División de Servicios de Sustento para Menores

Yo entiendo que como un solicitante de los servicios de sustento para menores, se me requiere que coopere con el programa estatal de sustento para menores. Esto incluye el proveer información verbal y por escrito, participar en los exámenes genéticos para establecer la paternidad, presentarme como testigo a audiencias tribunales según sean necesarias para proceder con los servicios de sustento para menores que se solicitaron e informar a la agencia de sustento de menores sobre cualquier cambio en domicilio y/o número de teléfono. **Yo entiendo que no cooperar puede resultar en que se cierre mi caso. (Vea la explicación en Los Derechos y Responsabilidades.)**

Yo entiendo que la agencia del Título IV-D tiene el derecho a determinar cuáles servicios de sustento para menores se me proveerán para recolectar el sustento del menor.

Yo entiendo que la agencia del Título IV-D tiene la responsabilidad de proteger toda información personal identificadora cuando reciba un pedido de que no se debe revelar la información por razones de violencia doméstica y familiar. **También entiendo que la ley le permite a un tribunal que le ordene a la agencia del Título IV-D que divulgue la información si el tribunal decide que la divulgación de los datos no pondrá en riesgo mi salud, seguridad, o libertad o la del/de los menor(es).**

Yo entiendo que los servicios legales para el estado se pueden proveer por los abogados de las Oficinas de Abogados del Condado o de las Oficinas de Abogados Generales. **Yo también entiendo que tal abogado no me representa a mí o al/a los menor(es) apuntado aquí, pero sí representa al Estado de Arizona.**

Entiendo que soy legalmente responsable de pagarle o devolverle al Estado de Arizona cualquier cantidad de dinero que me haya pagado equivocadamente.

Por la presente, estoy de acuerdo a recibir por correo de primera clase todo documento legal y cualquier aviso que se archivó en el tribunal por medio del Estado de Arizona. Además renuncio a los servicios personales y estoy de acuerdo en aceptar el servicio de proceso por correo de primera clase de cualquier y todo documento archivado en el tribunal por medio del Estado de Arizona en su intento de establecer la paternidad o el establecer, modificar, o recolectar la orden de sustento para menores. Esta renuncia se mantiene en efecto hasta que mi caso del IV-D se cierre.

AFIRMACIÓN: Yo solicité los servicios de sustento para menores conforme al código federal 42-U.S.C. §§ 651-669, de otro modo conocido como el "Título IV-D del Acto de Seguro Social". Según el A.R.S. §41-1954, el Departamento de Seguridad Económica / División de Servicios de Sustento para Menores ha sido designado como la agencia IV-D del Estado de Arizona. Yo afirmo bajo posible pena de perjurio o juramento falso que presento esta solicitud con el propósito exclusivo de obtener sustento para menores de un(os) individuo(s) quien puede(n) ser responsable del sustento para un(os) menor(es) dependiente(s), y que yo he examinado las declaraciones en esta solicitud y/o los documentos que acompañan y según mi leal entender y saber, creo que son ciertos y fieles. Yo entiendo que la agencia del IV-D reserva el derecho de determinar cuáles servicios de sustento para menores se me prestarán.

Yo soy consciente de que si se presenta mi caso ante el juzgado, la información que contiene este documento, INCLUYENDO mi domicilio, número de seguro social, y mi nombre completo podría inscribirse en el registro público, a menos que yo le informe a la agencia del Título IV-D que debido a violencia doméstica o familiar, deben proteger la información de divulgación.

Yo estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones declarados en Los Derechos y Responsabilidades.

LA SOLICITUD NO ES VÁLIDA SIN LAS FIRMAS

Nombre legal completo del solicitante en letra de molde *(debe ser el mismo que el de la firma del solicitante)*:

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Tiene opciones para recibir sus pagos: esta tarjeta prepago o depósito directo a su cuenta bancaria. Dígale a la agencia estatal qué opción elige.

Cuota mensual	Por compra	Retiro en ATM	Recarga de efectivo
\$0	\$0	\$0 _{en red}	N/A
		\$0.75 _{fuera de la red}	

Consulta de saldo en cajero automático (dentro o fuera de la red)	\$0.00
---	--------

Servicio al Cliente (agente automatizado o en vivo)	\$0.00
---	--------

Inactividad	\$0.00
-------------	--------

Cobramos otros 2 tipos de tarifas. Aquí están:

Reemplazo de tarjeta (entrega regular o acelerada)	\$0 o \$11.00
--	---------------

Transacción de cajero automático internacional	\$0.75
--	--------

No hay función de sobregiro / crédito.

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC.

Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid

Encuentre detalles y condiciones para todas las tarifas y servicios en el acuerdo del titular de la tarjeta.

Lista de todas las tarifas de la tarjeta prepago Mastercard Way2Go del Departamento de Seguridad Económica de Arizona

Todas las tarifas	Cantidad	Detalles
Comenzar		
Compra de tarjeta	\$0.00	No hay ningún cargo para obtener una cuenta de tarjeta.
Uso mensual		
Tarifa de uso mensual	\$0.00	No hay una tarifa mensual asociada con esta tarjeta.
Gastar dinero		
Terminal punto de venta (TPV)	\$0.00	No se aplica ningún cargo por las transacciones de compra en TPV realizadas en los Estados Unidos con su firma o Número de Identificación Personal (NIP).
Pago de facturas en línea	\$0.00	No hay ningún cargo por utilizar nuestro servicio de pago de facturas en nuestro sitio web, www.GoProgram.com .
Obtener dinero en efectivo		
Retiro por cajero automático (ATM) (dentro de la red)	\$0.00	No hay cargo por retiros en cajeros automáticos dentro de la red realizados en cajeros automáticos Comerica, Allpoint y MoneyPass. Las ubicaciones dentro de la red se pueden encontrar en https://locations.comerica.com/ , https://www.allpointnetwork.com/locator.html y https://www.moneypass.com/atm-locator.html . Cuando use su tarjeta en un cajero automático, la cantidad máxima que se puede retirar de su cuenta de Tarjeta por día calendario es \$ 500.00.
Retiros por ATM (fuera de la red)	\$0.75	Ésta es nuestra tarifa. "Fuera de la red" se refiere a todos los cajeros automáticos fuera de la red de cajeros automáticos de Comerica Bank, Allpoint y MoneyPass. También es posible que el operador del cajero automático le cobre una tarifa, incluso si no completa una transacción. Cuando utilice su Tarjeta en un cajero automático, la cantidad total máxima que se puede retirar de la cuenta de su Tarjeta por día calendario es de \$ 500.00.
Retiro de efectivo asistido por cajero (OTC)	\$0.00	Se le permiten retiros de efectivo ilimitados con ayuda de un cajero sin cargo en las ventanillas de los cajeros de Mastercard Member Bank o Credit Union.
Información		
Consulta de saldo en cajeros automáticos (dentro o fuera de la red)	\$0.00	No hay cargo por realizar consultas de saldo en la ubicación del cajero automático
Denegación de cajero automático (dentro o fuera de la red)	\$0.00	No hay cargo por transacciones rechazadas en cualquier cajero automático.
Servicio al Cliente	\$0.00	No hay cargo por llamar al número de servicio al cliente automatizado que se encuentra en el reverso de su tarjeta. Nunca hay una tarifa para transferir a un agente en vivo.
Usando su tarjeta fuera de Estados Unidos		
Retiro por ATM internacional	\$0.75	Esta es nuestra tarifa que se le cobrará por cada retiro en un cajero automático que realice fuera de los Estados Unidos. También es posible que el operador del cajero automático le cobre una tarifa, incluso si no completa la transacción.
Cargo por transacción internacional	\$0.00	No hay tarifa adicional para realizar transacciones fuera de los EE. UU.
Otro		
Reemplazo de tarjeta	\$0.00	Nunca hay un cargo por reemplazar su tarjeta. Entrega estándar en los EE. UU. De 7 a 10 días calendario.
Entrega rápida de la tarjeta	\$11.00	Si solicita que su tarjeta de reemplazo sea acelerada en lugar de recibirla por correo regular, se le cobrará la tarifa de entrega acelerada de la tarjeta. La entrega acelerada de la tarjeta es de 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos	\$0.00	No hay ningún cargo por transferir fondos de la cuenta de su tarjeta a una cuenta bancaria de su propiedad ubicada en los EE. UU.

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC y serán retenidos o transferidos a Comerica Bank, una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados hasta por \$ 250,000 por la FDIC en caso de que Comerica Bank falle, si se cumplen los requisitos específicos del seguro de depósitos. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para obtener más detalles.

No hay función de sobregiro / crédito.

Comuníquese con el Servicio al Cliente del Programa Go llamando al 1-833-915-4041, por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite www.GoProgram.com.

Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite cfpb.gov/prepaid.

Si tiene una queja sobre una cuenta prepaga, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.