

AFFIDAVIT SUPPORTING PATERNITY
AFIDÁVIT PARA APOYAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD

The purpose of the Affidavit Supporting Paternity is for DCSS to determine the legal father of the child.
DCSS usa ésta afidávít para Apoyar el establecimiento de la Paternidad por el propósito de determinar el padre legal del niño.

(1) Mother's full name: _____
Nombre completo de la madre

(2) I am the natural mother of: _____
Yo soy la madre natural de (Child's full name as it appears on birth certificate / Nombre del niño(a) en el acta de nacimiento)

(3) Child's date of birth: _____ (4) Child's state/country of birth: _____
Fecha de nacimiento del niño(a): Estado/país de nacimiento:

(5) I became pregnant as a result of sexual intercourse with: _____
Yo quedé embarazada después de tener relaciones sexuales con: (Alleged father's name / Nombre del padre presunto)

(6) on: _____ (7) in the state/country of: _____
en: (Date of conception / La fecha de concepción) en el estado/país de: (Example / Ejemplo: Arizona)

(8) Yes/Sí No Please provide a copy.
Is the alleged father named on the child's birth certificate?
¿El nombre y apellido del padre presunto aparecen en el acta de nacimiento del niño(a)?
Favor de proporcionar una copia.

Alleged Father's Information / Información acerca del padre presunto:

(9) Address: _____
Dirección: (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)

(10) Date of birth _____ (11) Social Security number: _____
Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

(12) The alleged father has never lived with this child. **OR**
El padre presunto nunca ha vivido con este niño(a), **O**

(13) The alleged father lived with the child from: _____ to _____
El padre presunto vivió con el niño(a) desde: hasta

(14) In the state(s) of: _____
En el estado(s) de:

Husband's Information / Información acerca del esposo:

(15) Yes/Sí No Were you married to **anyone** when your child was born **or** when you became pregnant?
¿Estaba casada con **alguien** cuando su niño(a) nació **o** cuando salió embarazada?

If **yes**, please provide information on lines 16 through 24 about your husband. If **no**, proceed to line 25.
Si es **así**, por favor proporcione información acerca de su esposo en las líneas 16 al 24. Si **no estaba casada**, continúe con la línea 25.

(16) Husband's full name: _____ (17) Date of marriage: _____
Nombre del esposo: Fecha de matrimonio:

(18) Husband's address: _____
Dirección del esposo: (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)

(19) Husband's date of birth: _____ (20) Husband's Social Security number: _____
Fecha de nacimiento del esposo: Número de Seguro Social del esposo:

Please use black or blue ink **ONLY** and initial any corrections you have made.
Favor de escribir **SOLAMENTE** con tinta negra o azul, y escriba sus iniciales al lado de cualquier corrección que haga.

(21) If you were married when the child was born and/or when you became pregnant and are now divorced or legally separated, or have a pending divorce or separation action, please provide the following:
Si usted estaba casada cuando el niño(a) nació o cuando quedó embarazada y ahora está divorciada o legalmente separada, o tiene trámites pendientes para el divorcio o la separación, por favor proporcione la información siguiente:

(22) State/county of your court action (Decree of Dissolution/Divorce/Separation Agreement): _____
Estado /condado donde comenzaron los trámites en el tribunal (corte) (Acta de divorcio /acuerdo de separación)

(23) Court order number: _____ (24) Date of court order (if any): _____
Número del acta de divorcio: Fecha del divorcio (si la hay):

(25) Yes/Sí No A paternity action had previously been started against the alleged father for this child.
Anteriormente ya se habían comenzado los trámites de paternidad en contra del padre presunto para este niño(a).

If yes, please complete the following:
Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información siguiente:

(26) State and county where action started: _____ (27) By whom: _____
Estado y condado donde comenzaron los trámites: Por parte de quién:

(28) Result of the action: _____
El resultado de esos trámites:

Check the correct statement / Marque la respuesta correcta:

(29) I did not have sexual intercourse with anyone else 30 days before or after I became pregnant with this child.
Yo no tuve relaciones sexuales con ninguna otra persona treinta días antes o después de que quedé embarazada con este niño(a).

(30) I had sexual intercourse within the time period of 30 days before or after I became pregnant with this child with the following individuals:
Yo tuve relaciones sexuales con el siguiente individuo(s) treinta días antes o después de que quedé embarazada con este niño(a):

1. (31) Name of other possible father: _____ (32) Date of sexual intercourse: _____
Nombre de otro hombre quien posiblemente podría ser el padre: La fecha del acto sexual:

(33) Address: _____
Dirección: (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)

(34) Date of birth: _____ (35) Social Security number: _____
Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

2. (36) Name of other possible father: _____ (37) Date of sexual intercourse: _____
Nombre de otro hombre quien posiblemente podría ser el padre: La fecha del acto sexual:

(38) Address: _____
Dirección: (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)

(39) Date of birth: _____ (40) Social Security number: _____
Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

(41) Yes/Sí No Has genetic testing been done for any possible father?
¿Ha hecho una prueba genética de cualquier padre posible?

(42) If you have named more than one possible father, explain why you believe that the person listed on page one is the most likely father. The following additional information may assist the state in establishing paternity.

Si usted ha nombrado a más de un padre posible, explique por qué cree que la persona que nombró en la página 1 tiene más posibilidad de ser el padre. Esta información adicional puede ayudar al estado a establecer la paternidad.

**Please use the back of this form to provide additional information.
Por favor use el reverso si es necesario para proporcionar información adicional.**

I understand that I am required to provide Social Security Numbers known to me for the parties identified in this affidavit pursuant to 42 USC § 652 (a) (7) and 666(a) (5) (iv). DES/DCSS will use this information to establish paternity and if appropriate, to establish and enforce a child support order.

Yo entiendo que es requisito dar los números del seguro social conocidos a mi para las partes identificadas en esta affidavit según 42 USC Sección 652(a) (7) y 666(a) (5) (iv). DES/DCSS usará esta información para establecer la paternidad y, si es apropiado, establecer y ejecutar una orden de sustento.

I declare under penalty of perjury that this affidavit has been read and completed by me and to the best of my knowledge and belief is a true, correct, and complete document.

Yo declaro bajo juramento y en pleno conocimiento de mis facultades mentales que yo misma leí y llené este testimonio y testifico que la información es verdadera y completa.

Print name: _____
Escriba en letra de molde su nombre:

Date Executed on / Fecha cumplido

Signature / Firma

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-771-3717; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES esta disponible a solicitud del cliente.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-771-3717; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Free language assistance for DES services is available upon request.

**Please use black or blue ink ONLY and initial any corrections you have made.
Favor de escribir SOLAMENTE con tinta negra o azul, y escriba sus iniciales al lado de cualquier corrección que haga.**