INSCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DEL NIÑO DE INDIANA

Formulario estatal 56927 (R19 / 6-25)
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL NIÑO

INSTRUCCIONES:

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

AVISO PARA LA PERSONA INSCRITA

Todos los padres, tanto los que tienen la custodia como los que no, pueden inscribirse para recibir servicios de manutención del niño. No hay cuota de inscripción ni requisito de residencia.

Al inscribirse, se incluyen **TODOS** los siguientes servicios de manutención del niño. ¿Con qué servicio(s) espera comenzar (seleccione todos los que correspondan)?

- ☐Ubicación del padre/la madre,
- Establecimiento de: ☐Paternidad, ☐Manutención del niño, ☐Asistencia médica
- Modificación de las obligaciones existentes: ☐Obligación de manutención del niño ☐Obligación de asistencia médica
- Cumplimiento de las obligaciones existentes ☐ Obligación de manutención del niño, ☐ Obligación de asistencia médica ☐ Asistencia con la emisión de órdenes de retención de ingresos.

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

AFIRMACIÓN Y ACUERDO

- Por la presente, juro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Proporcionar información falsa podría dar lugar a que se presenten cargos por perjurio en mi contra.
- Entiendo que los servicios de manutención del niño NO incluyen el establecimiento o cumplimiento del tiempo de crianza o los créditos por tiempo de crianza, la asignación del derecho a reclamar a un niño como dependiente para fines fiscales federales o estatales, ni ningún otro asunto que no sea el relacionado con el establecimiento de la paternidad (si fuera necesario) y el apoyo financiero a los niños dependientes.
- Se me informa que, de conformidad con el IC 31-25-4-13.1(e), los abogados y el personal de la Oficina de Manutención del Niño y la Oficina de Manutención del niño del Condado que prestan estos servicios representan al Estado de Indiana y no a la persona inscrita ni a ninguna otra persona o entidad. No se crea ninguna relación abogado-cliente con base en la presentación del formulario de inscripción y ni la Oficina de Manutención del Niño ni la Oficina de Manutención del Niño del Condado me representarán en ninguna acción legal. De conformidad con el IC 31-25-4-13.1(f)(2), las comunicaciones entre la persona inscrita u otros participantes y la Oficina de Manutención del Niño o la Oficina de Manutención del Niño del Condado no son comunicaciones confidenciales protegidas por el privilegio abogado-cliente según el IC 34-46-3-1.
- Entiendo que debo cooperar con la Oficina de Manutención del Niño del Condado para que mi caso sea procesado, y que la falta de cooperación puede resultar en la cancelación de los servicios de manutención del niño. Entiendo además que esta inscripción para recibir servicios de manutención del niño no garantiza una resolución favorable del caso, sino que se harán todos los esfuerzos razonables para obtener resultados satisfactorios.
- Entiendo que puedo dar por terminados los servicios notificando por escrito a la Oficina de Manutención del Niño del Condado que lleva mi caso que ya no los deseo. Los servicios solo pueden terminarse de conformidad con el 45 C.F.R. 303.11. La terminación de estos servicios no modifica ni rescinde las órdenes u obligaciones de manutención del niño existentes.
- Autorizo a la Unidad de Recaudación Central del Estado de Indiana (INSCCU) a endosar y negociar cualquier cheque recibido por INSCCU para el pago de la manutención en mi caso de manutención del niño.
- Entiendo que no proporcionar toda la información solicitada puede ocasionar una demora en el establecimiento o la ejecución de mi caso de manutención del niño.

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA AFIRMACIÓN Y EL ACUERDO

Tras leer y aceptar las declaraciones anteriores, mi firma a continuación confirma mi intención de seguir inscrito en los servicios de manutención del niño.

Nombre impreso de la persona inscrita	Acepto que, si recibo un pago excesivo, el estado podrá recuperar dicho monto de los futuros pagos de manutención del niño que se me deban. ☐Sí ☐No
Firma de la persona inscrita	Fecha de la firma *(mes, día, año)*
Nombre impreso del padre/la madre o el tutor legal *(si la persona inscrita es un menor no emancipado)*	Firma del padre/la madre o el tutor legal *(si la persona inscrita es un menor no emancipado)*

INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA

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

Otros nombres utilizados	Relación con los dependientes en este formulario *(madre, padre, padre potencial, tutor, otro)*

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

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

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

Número de teléfono *(celular)* ( )	Número de teléfono *(casa)* ( )	Número de teléfono *(trabajo)* ( )	Dirección de correo electrónico

¿Necesita asistencia especial? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	Indique aquí la asistencia que necesita *(por ejemplo, física, para personas con discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otra).*

¿Cree usted que solicitar servicios de manutención del niño puede ocasionarle daño físico o emocional a usted o a sus niños?
☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, su trabajador social podría informarle sobre las protecciones adicionales que se ofrecen al prestar servicios de manutención del niño).*

¿Son aplicables alguna de las siguientes opciones? ☐Servicio militar activo. ☐Actualmente encarcelado.	¿Está usted empleado/a actualmente? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete las dos casillas siguientes).*	Nombre del empleador

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

Estado civil de la persona inscrita con respecto al otro padre ☐Nunca se ha casado ☐Casado/a o anteriormente casado/a Fecha del matrimonio: (Si está marcada, complete la siguiente casilla).	Si está casado/a o estuvo casado/a anteriormente con el otro padre/madre, ¿en qué situación se encuentra actualmente? ☐Separados sin que se hayan dictado órdenes judiciales. ☐Solicitud de divorcio o separación legal presentada Número de causa Condado y estado de presentación

¿Cuenta usted con un abogado privado que se encargue de los asuntos de paternidad y/o manutención de los dependientes que figuran en este formulario? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla.)*	Nombre del abogado *(nombre completo)*
¿Está usted solicitando servicios para un niño por nacer? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	Fecha de vencimiento (*mes, día, año*)

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE N.° 1

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

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

¿Con quién reside el dependiente? ☐Madre ☐Padre ☐Otro	Si es otro: Por favor, indique el nombre de la persona.	¿Está el dependiente inscrito en Medicaid? ☐Sí ☐No ☐Se desconoce

¿Aparece alguien como padre en el acta de nacimiento? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce	¿Cómo se determinó la decisión del padre? ☐Mandato judicial ☐Declaración jurada de paternidad ☐Matrimonio (Si se trata de una orden judicial o matrimonio, complete la siguiente casilla)	¿En qué condado y estado tuvo lugar la orden o el matrimonio?

¿Se le ha ordenado a alguien el pago de una manutención para este dependiente? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	¿En qué condado y estado se ordenó la manutención del niño?	Nombre de la persona obligada a pagar.

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE N.° 2

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

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

¿Con quién reside el dependiente? ☐Madre ☐Padre ☐Otro	Si es otro: Por favor, indique el nombre de la persona.	¿Está el dependiente inscrito en Medicaid? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce

¿Aparece alguien como padre en el acta de nacimiento? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce	¿Cómo se determinó la decisión del padre? ☐Mandato judicial ☐Declaración jurada de paternidad ☐Matrimonio (Si se trata de una orden judicial o matrimonio, complete la siguiente casilla)	¿En qué condado y estado tuvo lugar la orden o el matrimonio?

¿Se le ha ordenado a alguien el pago de una manutención para este dependiente? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	¿En qué condado y estado se ordenó la manutención del niño?	Nombre de la persona obligada a pagar.

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE N.° 3

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

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

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

¿Con quién reside el dependiente? ☐Madre ☐Padre ☐Otro	Si es otro: Por favor, indique el nombre de la persona.	¿Está el dependiente inscrito en Medicaid? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce

¿Aparece alguien como padre en el acta de nacimiento? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce	¿Cómo se determinó la decisión del padre? ☐Mandato judicial ☐Declaración jurada de paternidad ☐Matrimonio (Si se trata de una orden judicial o matrimonio, complete la siguiente casilla)	¿En qué condado y estado tuvo lugar la orden o el matrimonio?

¿Se le ha ordenado a alguien el pago de una manutención para este dependiente? ☐Sí ☐No ☐ Se desconoce *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	¿En qué condado y estado se ordenó la manutención del niño?	Nombre de la persona obligada a pagar.

INFORMACIÓN DE OTRAS PARTES

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

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

Otros nombres utilizados	Relación con los dependientes en este formulario *(madre, padre, padre potencial, tutor, otro)*

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

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

Domicilio actual o último conocido (*dirección completa, incluyendo número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal).*

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

Número de teléfono *(celular)* ( )	Número de teléfono *(casa)* ( )	Número de teléfono *(trabajo)* ( )	Dirección de correo electrónico

¿Necesita este padre o madre asistencia especial? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla).*	Indique aquí la asistencia que necesita *(física, para personas con discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otra).*	
¿Son aplicables alguna de las siguientes opciones? ☐Servicio militar activo. ☐Actualmente encarcelado.	Empleador actual o último conocido	Número de teléfono del empleador ( )

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

¿Cuenta este padre/madre con un abogado privado que se encargue de los asuntos de paternidad y/o manutención de los dependientes que figuran en este formulario? ☐Sí ☐No *(En caso afirmativo, complete la siguiente casilla.)*	Nombre del abogado *(nombre completo)*