

# Inscripción para recibir servicios de sustento de menores – Información que debe saber

El Programa de Sustento de Menores (Child Support Program) da prioridad a los niños al ayudar a ambos progenitores a garantizar el bienestar, la salud y la estabilidad económica y social de sus hijos menores. Los servicios incluyen asistencia para localizar al padre o madre sin custodia, establecer la filiación, establecer el sustento de menores y la ayuda médica, cobrar y distribuir los pagos de sustento de menores y modificar y hacer cumplir las órdenes de sustento de menores.

## Como persona beneficiaria de los servicios de sustento de menores, usted:

- Mantendrá su información confidencial.
- Recibirá avisos de ciertas actividades del caso.
- Recibirá puntualmente el pago de sustento cobrado.
- Recibirá avisos oportunos de las audiencias programadas.
- Recibirá copias de órdenes judiciales y decisiones relacionadas con las audiencias.
- Recibirá servicios incluso si no tiene la capacidad legal y nunca se reportará su estatus.

## Usted puede:

- Solicitar pruebas genéticas para confirmar la paternidad.
- Cuestionar ciertas medidas que tomamos.
- Contratar a un abogado para que lo represente.
- Solicitar una revisión de los pagos recibidos y desembolsados.

## Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información para procesar su caso.
- Llenar los documentos solicitados.
- Colaborar con nosotros para que podamos avanzar en el proceso de prestación de servicios.
- Avisar sobre cambios en sus circunstancias, como cambios de domicilio y número de teléfono.
- Asegurarse de que todos los pagos de sustento se realicen a través de nosotros.

## ¿Qué hacemos después de recibir el formulario de inscripción para recibir sustento de menores?

El Programa de Sustento de Menores tomará medidas para que los menores obtengan el sustento que necesitan de la otra parte, como obtener información sobre domicilios y empleo; ayudarlo a completar el formulario de Reconocimiento de Filiación; presentar peticiones judiciales para establecer o modificar una orden de sustento; e iniciar la retención de ingresos. Asegúrese de mantener actualizado el Programa de Sustento de Menores. Avísenos si hay un cambio de custodia para el menor; un cambio en su domicilio postal, número de teléfono o dirección de correo electrónico; o cuando obtenga nueva información sobre la otra parte. Llame gratuitamente a la línea de ayuda de Sustento de Menores al **888-208-4485 (TTY: 866-875-9975 – Servicio de Retransmisión <http://www.fcc.gov/general/internet-based-trs-providers>)** o comuníquese con la oficina local del Programa de Sustento de Menores. La información de contacto de su oficina local del Programa de Sustento de Menores, incluido un enlace de correo electrónico, está disponible en <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

## Tarifas, pagos y desembolsos

### Tarifas:

La ley federal nos exige cobrar una tarifa anual de \$35 en cada caso en el que hayamos cobrado al menos \$550 en pagos de sustento de menores entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre, pero únicamente si usted **nunca** ha recibido subsidios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). La tarifa se deduce del pago de sustento de menores que se haya cobrado.

### Pagos:

Las leyes federales y estatales determinan cómo aplicamos los pagos. El monto de sustento actual adeudado se paga primero, luego las primas del seguro médico y después el sustento vencido (atrasos).

Si el progenitor no custodio no percibe suficientes ingresos para cubrir el monto actual de sustento de menores y el costo de la cobertura de atención médica, se cobrará primero el monto actual de sustento de menores. En esta situación, no se pagará el costo de la cobertura de atención médica.

Tenga en cuenta que usted **no** recibirá pagos de sustento ordenados por el tribunal directamente del progenitor no custodio. Si esto sucede, envíe inmediatamente el pago a New York State Child Support Processing Center (SDU), P.O. Box 15363, Albany, NY 12212-5363. **No envíe dinero en efectivo por correo.**

### Desembolsos:

Los desembolsos podrán realizarse mediante tarjeta de débito, depósito directo o cheque en papel. En raras ocasiones, puede producirse un sobrepago. Es su responsabilidad devolver o reembolsar estos fondos. Nos pondremos en contacto con usted para concertar el reembolso del sobrepago.

## Preocupaciones de seguridad

Si tenemos conocimiento de sus preocupaciones de seguridad, podremos ayudar.

- Si no puede recibir correo de manera segura en su dirección, el tribunal puede permitir el uso de una dirección postal alternativa.
- Puede solicitar comparecer ante el tribunal por teléfono o video, en lugar de hacerlo en persona.
- Puede solicitar que la corte no revele su ubicación, residencia o empleador, entre otras precauciones.
- Su cita para las pruebas genéticas en un laboratorio para establecer la paternidad se puede programar por separado del otro progenitor.
- Su caso de sustento de menores puede ser etiquetado para mantener la confidencialidad de su información personal.

## Servicios Legales

**Si los menores reciben Asistencia Temporal o Medicaid**, los servicios legales se brindan sin costo. De lo contrario, usted puede optar por solicitar y pagar servicios legales para establecer la filiación o para establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento de menores completando el Acuerdo sobre Derechos de Recuperación de Pagos por Servicios Legales (LDSS-4920). No se brindan servicios legales para asuntos de custodia o visitas, negociación o redacción de acuerdos de subrogación.

El abogado asignado a su caso es el representante legal del Comisionado del distrito de servicios sociales y **no** lo representa a usted particularmente. Toda la información que usted proporcione al abogado del distrito de servicios sociales o a su personal no permanecerá en calidad de confidencial.

## Su privacidad

Números de Seguro Social: Nos tomamos muy en serio su privacidad. La Sección 466(a)(13) de la Ley del Seguro Social exige que todas las personas sujetas a órdenes de sustento de menores proporcionen sus números de Seguro Social. Los números de Seguro Social se guardan en los registros de casos y solo se utilizan para fines permitidos por la ley, como localizar a los progenitores para establecer la paternidad o establecer, modificar y hacer cumplir las obligaciones de sustento.

**Para obtener información adicional, consulte** <https://otda.ny.gov/programs/applications/5258A.pdf> y [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov).

# Formulario de inscripción para sustento de menores

## Información personal

Yo soy (elija una opción): ☐ Progenitor con custodia ☐ Progenitor no custodio ☐ Persona con nexo parental presunto ☐ Persona con nexo parental potencial ☐ Menor

☐ Tutor – Parentesco:

¿Qué idioma habla con más frecuencia?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

¿Qué idioma lee con más frecuencia?

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

## Preocupaciones de seguridad

¿Cree que sufrirá daño físico o emocional si solicita servicios de sustento de menores? ☐ Sí ☐ No

Puedes actualizar la información sobre seguridad en cualquier momento. Incluso si ya le ha dicho a su trabajador de Sustento de Menores o Asistencia Pública que no tenía ningún problema de seguridad, las cosas cambian y queremos ayudarle con su seguridad. Su seguridad es nuestra prioridad.

## Historial de sustento de menores

¿Usted recibe actualmente servicios de sustento de menores? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿dónde? Condado  Estado  N.º de caso

¿Usted recibió servicios de sustento de menores en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿dónde? Condado  Estado  N.º de caso

## Historial de Asistencia Pública

¿Ha solicitado o recibe subsidios de asistencia pública (por ejemplo, Asistencia Temporal o Medicaid)? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿dónde? Condado  Estado  N.º de caso

¿Recibió subsidios de Asistencia Temporal en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿dónde? Condado  Estado  N.º de caso

Fecha en que recibió asistencia por última vez (MM/DD/AAAA):

## Su nombre completo

Nombre  Segundo nombre  Apellido  Sufijo  Sobrenombre u otro nombre por el que se le conozca

Su número de Seguro Social (SSN)/número de identificación de contribuyentes (ITIN)

Su género

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X ☐ Otro

Su fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

## Su dirección particular

Calle  Ciudad  Estado C. P.

## Su dirección postal (si es diferente a la mencionada anteriormente)

Calle  Ciudad  Estado C. P.

## Su información de contacto

Teléfono fijo  Teléfono celular  Otro teléfono  Dirección de correo electrónico

## Su información de cobertura de atención médica

Si está empleado, ¿su empleador/organización ofrece o proporciona beneficios de seguro médico? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Si respondió Sí, ¿qué tipo de cobertura tiene? ☐ Cobertura individual ☐ Cobertura familiar ☐ Ninguna ☐ Desconocido

¿Sus hijos menores reciben Medicaid? ☐ Sí ☐ No

## Su estado civil en relación con la otra parte

¿Alguna vez estuvo casado/a con la otra parte? ☐ Sí, fecha de matrimonio:  Fecha de divorcio:  ☐ No

**Información de la otra parte**
*(Llene otro formulario de inscripción de sustento de menores para la otra parte).*

La otra parte es (elija una opción):

☐ Progenitor con custodia
☐ Progenitor no custodio
☐ Persona con nexo parental presunto
☐ Persona con nexo parental potencial

☐ Tutor – Parentesco:

**Nombre completo**
☐ Marque aquí si no sabe ninguna parte del nombre de la otra parte.

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Sobrenombre u otro nombre por el que se le conozca

SSN/ITIN

Género

☐ Femenino
☐ Masculino
☐ X
☐ Otro

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

**Dirección particular**

Calle

Ciudad

Estado

C. P.

**Dirección postal**
*(si es diferente a la mencionada anteriormente)*

Calle

Ciudad

Estado

C. P.

**Información de contacto**

Teléfono fijo

Teléfono celular

Otro teléfono

Dirección de correo electrónico

**Empleo**

¿La otra parte está empleada?

☐ Sí
☐ No
☐ Desconocido

Fecha del último empleo:

Nombre del empleador/empresa

☐ Actual
☐ Último empleador del que tiene conocimiento

Domicilio del empleador/empresa

Calle

Ciudad

Estado

C. P.

Núm. de teléfono

¿La otra parte es autoempleada?

☐ Sí
☐ No
☐ Desconocido

¿La otra parte recibe beneficios del seguro de desempleo?

☐ Sí
☐ No
☐ Desconocido

**Información de los menores que necesitan sustento de la otra parte**

| Nombre <i>(primer nombre/segundo nombre/apellido)</i> | SSN/ITIN | Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i> | Género                                                                                                                                                                    | ¿Se estableció la paternidad?                                                                      | Si respondió Sí, ¿de qué manera?                                                                                                                             | ¿Existe una orden de sustento para este menor?                                                     | En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de la orden? |
|-------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                       |          |                                         | <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> Nonato<br><input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Orden del tribunal<br><input type="checkbox"/> Reconocimiento de Filiación<br><input type="checkbox"/> Nacido durante el matrimonio | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido |                                                    |
|                                                       |          |                                         | <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> Nonato<br><input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Orden del tribunal<br><input type="checkbox"/> Reconocimiento de Filiación<br><input type="checkbox"/> Nacido durante el matrimonio | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido |                                                    |
|                                                       |          |                                         | <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> Nonato<br><input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Orden del tribunal<br><input type="checkbox"/> Reconocimiento de Filiación<br><input type="checkbox"/> Nacido durante el matrimonio | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido |                                                    |
|                                                       |          |                                         | <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> Nonato<br><input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Orden del tribunal<br><input type="checkbox"/> Reconocimiento de Filiación<br><input type="checkbox"/> Nacido durante el matrimonio | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Desconocido |                                                    |

## Formulario de inscripción para sustento de menores/Declaración

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que:

**Estoy solicitando servicios de sustento de menores de conformidad con la Sección 111-g de la Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York** y bajo el Título IV-D de la Ley federal del Seguro Social o estoy solicitando o **recibiendo Asistencia Temporal o Medicaid**. Por el presente documento me suscribo y declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este formulario de inscripción y todo documento adjunto ha sido examinada por mí y, a mi leal saber y entender, es verdadera y correcta. Colaboré con el Programa de Sustento de Menores en sus esfuerzos para brindar servicios y acepto informar a mi oficina local del Programa de Sustento de Menores de inmediato sobre toda información nueva o modificada que se relacione con la información que he proporcionado.

He recibido el documento **Inscripción para recibir servicios de sustento de menores: Información que debe saber**, que incluye información sobre el reembolso de sobrepagos. Entiendo que, en raras ocasiones, puede producirse un sobrepago. Además, entiendo que es mi responsabilidad devolver o reembolsar estos fondos y que usted se comunicará conmigo para solicitar el reembolso. Puedo reembolsar el monto del sobrepago en un solo pago, o puedo solicitarle a usted que retenga el veinticinco por ciento (25%) de los cobros hasta que se pague el sobrepago. Entiendo que el consentimiento para retener el 25% de cobros futuros es opcional.

Entiendo que el Programa de Sustento de Menores puede enviar correspondencia por medios electrónicos, incluidos correos electrónicos, mensajes de texto u otros medios disponibles. Para garantizar la confidencialidad, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una dirección de correo electrónico y un número de teléfono celular que sean seguros y válidos y que estén activos, y notificar a la oficina local del Programa de Sustento de Menores si llegara a cambiar esta información.

### Disposiciones opcionales:

- ☐ **No** deseo recibir correspondencia por medios electrónicos.
- ☐ **Quisiera recibir servicios de sustento de menores incluso si se determina que no reúno los requisitos para recibir subsidios de Asistencia Temporal o Medicaid.** Entiendo que en esta situación se me cobrará una tarifa de servicio anual de \$35 si nunca he recibido Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y el Programa de Sustento de Menores recauda al menos \$550 para mí durante el año fiscal federal (del 1 de octubre al 30 de septiembre).
- ☐ Deseo solicitar servicios legales. (Se le proporcionará un *Acuerdo sobre derechos de recuperación de pagos por servicios legales* [LDSS-4920] para que lo llene).

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

### Información adicional sobre la otra parte

(por ejemplo, descripción física/foto, idioma principal, información del vehículo, antecedentes de encarcelamiento)

### For Agency Use Only

- ☐ For Safety Net Assistance referrals only: I, the Commissioner or Commissioner's Designee of the social services district, hereby apply for child support services pursuant to New York State Social Services Law §111-g.

Commissioner/Designee Signature:

Date:

Commissioner/Designee Printed Name:

Date Received

Family Violence

☐ Yes☐ No

If YES, Family Violence Indicator

District Referral Case Number

Assistance Program Worker Code

NY Case Identifier

Child Support Worker Code

## Formulario de inscripción – documentación probatoria

Proporcione **copias** de todos los documentos probatorios disponibles a la oficina local del Programa de Sustento de Menores. Los documentos probatorios son necesarios para que el Programa de Sustento de Menores proceda con su caso. Los documentos probatorios también ayudan al tribunal a determinar los ingresos de cada progenitor y la obligación básica de sustento de menores. **MARQUE** (✓) las casillas de los documentos que proporciona.

**No envíe documentos originales por correo.**

### Documentos Generales

- ☐ Identificación del solicitante (*por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte*)
- ☐ Peticiones de sustento de menores    ☐ Orden(es) de sustento    ☐ Acta de matrimonio    ☐ Acuerdo de separación
- ☐ Disposición o fallo de divorcio    ☐ Orden(es) de custodia    ☐ Orden de protección/Orden de restricción    ☐ Tarjetas de beneficios de seguro médico
- ☐ Descripciones resumidas del plan de beneficios del seguro médico    ☐ Otro

### Documentos del progenitor con custodia

- ☐ Último recibo de sueldo    ☐ Declaraciones de impuestos federales presentadas más recientemente y todos los anexos    ☐ W-2
- ☐ Tarjeta de Seguro Social/Carta del IRS que certifique el ITIN    ☐ Carta(s) de concesión del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario
- ☐ Otro

### Documentos de los menores (para cada menor)

- ☐ Certificado de nacimiento    ☐ Orden que establece paternidad (*por ejemplo, Orden de Filiación, Sentencia de Paternidad*)    ☐ Reconocimiento de Paternidad o Filiación
- ☐ Declaración jurada que alega paternidad/filiación    ☐ Tarjeta de Seguro Social    ☐ Comprobante de gastos de cuidado infantil    ☐ Comprobante de gastos educativos
- ☐ Comprobante de gastos de atención médica no reembolsados    ☐ Carta(s) de concesión del Seguro Social/Seguro de Ingreso Suplementario
- ☐ Acuerdo de Subsidio por Adopción (*pago entre padres adoptivos y LDSS*) o Acuerdo de Colocación (*menor colocado en adopción*)
- ☐ Acuerdo de Gestación Subrogada/Reproducción Asistida    ☐ Otro

### Documentos del progenitor no custodio o de la persona con nexo parental presunto

- ☐ Tarjeta de Seguro Social/Carta del IRS que certifique el ITIN    ☐ Último recibo de sueldo    ☐ Declaraciones de impuestos federales presentadas más recientemente y todos los anexos
- ☐ W-2    ☐ Aviso de beneficios del seguro de desempleo    ☐ Carta(s) de concesión del Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario
- ☐ Servicio Militar (DD-214)    ☐ Información sobre encarcelamiento, libertad condicional o libertad vigilada
- ☐ Aviso de beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)    ☐ Comprobante de MA, SNAP o residencia en un refugio
- ☐ Información sobre las licencias profesional, comercial, ocupacional, recreativa o de conducir
- ☐ Otro