



# INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL DE INDIANA INDIANA CHILD SUPPORT SERVICES ENROLLMENT

Formulario del Estado 56927 (4-20) / CSB 425AS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS INFANTILES

## INSTRUCCIONES:

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

### AVISO AL SOLICITANTE

Todas las partes con custodia y los padres sin custodia pueden inscribirse para recibir servicios de manutención infantil. No hay arancel por la inscripción ni requisito de residencia. Los servicios de manutención infantil incluyen:

- Ubicación de padres,
- Establecimiento de paternidad,
- Establecimiento, modificación y/o cumplimiento de las obligaciones de manutención infantil, y
- Establecimiento, modificación y/o cumplimiento de apoyo médico para niños dependientes.

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

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo ( <i>Jr., III, etc.</i> )	
Otros nombres usado		Relación con los dependientes en esta forma ( <i>madre, padre, tutor, otro</i> )		¿Tiene la custodia física primaria de los dependientes en esta forma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Sexo		Raza		Número de Seguro Social / ITIN	
Dirección del hogar ( <i>dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal</i> )							
Dirección postal, si es diferente de la dirección anterior ( <i>dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal</i> )							
Número de teléfono ( <i>celular</i> ) ( ) ( )		Número de teléfono ( <i>casa</i> ) ( ) ( )		Número de teléfono ( <i>trabajo</i> ) ( ) ( )		Correo electrónico	
¿Necesita asistencia especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.</i> )			Especifique aquí la asistencia que necesita ( <i>es decir, física, discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otros</i> )				
¿Cree que la búsqueda de servicios de manutención infantil puede ocasionar daños físicos o emocionales a usted o su(s) hijo(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Si marca Sí, su asistente social le puede indicar sobre protecciones adicionales que se ofrecen al proporcionar servicios de manutención infantil.</i> )							
¿Se aplica alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> En servicio militar activo <input type="checkbox"/> Actualmente encarcelado/a			¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.</i> )			Nombre del empleador	
Dirección del empleador ( <i>dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal</i> )							
Estado civil del solicitante para con el otro padre <input type="checkbox"/> Nunca se casaron <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Divorcio pendiente <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Separados legalmente <input type="checkbox"/> Separados							
¿Tiene contratado un abogado privado que maneja los asuntos de paternidad y/o manutención para los dependientes mencionados en esta forma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.</i> )				Nombre del abogado ( <i>nombre completo</i> )			
¿Está solicitando servicios para un niño que no ha nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( <i>Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.</i> )				Fecha estimada de parto ( <i>mes, día, año</i> )			

### INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #1

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo ( <i>Jr., III, etc.</i> )	
Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Lugar de nacimiento ( <i>ciudad y estado</i> )		Sexo		Raza	
						Número de Seguro Social / ITIN	
¿Se ha establecido la paternidad para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido ( <i>Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.</i> )			¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad ( <i>Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.</i> )			¿Dónde se estableció la paternidad? ( <i>condado y estado</i> )	
¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido ( <i>Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.</i> )			¿Dónde se ordenó la manutención infantil? ( <i>condado y estado</i> )			¿Inscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #2

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo ( <i>Jr., III, etc.</i> )	
Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Lugar de nacimiento ( <i>ciudad y estado</i> )		Sexo		Raza	
						Número de Seguro Social / ITIN	
¿Se ha establecido la paternidad para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido ( <i>Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.</i> )			¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad ( <i>Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.</i> )			¿Dónde se estableció la paternidad? ( <i>condado y estado</i> )	
¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido ( <i>Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.</i> )			¿Dónde se ordenó la manutención infantil? ( <i>condado y estado</i> )			¿Inscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE #3**

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

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo ( <i>Jr., III, etc.</i> )	
Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Lugar de nacimiento ( <i>ciudad y estado</i> )		Sexo		Raza	
Número de Seguro Social / ITIN		¿Se ha establecido la paternidad para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <i>(Si marca Sí, complete los siguientes dos cuadros.)</i>		¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Declaración jurada de paternidad <i>(Si por orden judicial, complete el siguiente cuadro.)</i>		¿Dónde se estableció la paternidad? <i>(condado y estado)</i>	
¿Existe una orden judicial de manutención infantil para este dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <i>(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)</i>		¿Dónde se ordenó la manutención infantil? <i>(condado y estado)</i>		¿Inscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE**

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

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sufijo ( <i>Jr., III, etc.</i> )	
Otros nombres usado		Relación con los dependientes en esta forma <i>(madre, padre, tutor, otro)</i>		¿Tiene la custodia física primaria de los dependientes en esta forma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )		Sexo		Raza		Número de Seguro Social / ITIN	
Altura		Peso		Color de cabello		Otras características distintivas <i>(color de ojos, tatuajes, etc.)</i>	
Dirección del hogar <i>(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)</i>							
Dirección postal, si es diferente de la dirección anterior <i>(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)</i>							
Número de teléfono ( <i>celular</i> ) ( )		Número de teléfono ( <i>casa</i> ) ( )		Número de teléfono ( <i>trabajo</i> ) ( )		Correo electrónico	
¿Este padre necesita asistencia especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)</i>		Especifique aquí la asistencia que necesita <i>(es decir, física, discapacidad auditiva, intérprete de idiomas, otros)</i>					
¿Se aplica alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> En servicio militar activo <input type="checkbox"/> Actualmente encarcelado/a		Empleador actual o último conocido		Número de teléfono del empleador ( )			
Dirección del empleador <i>(dirección completa con número y calle, número de ruta rural, número de apartamento o habitación, ciudad, estado y código postal)</i>							
¿Este padre tiene contratado un abogado privado que maneja los asuntos de paternidad y/o manutención para los dependientes mencionados en esta forma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si marca Sí, complete el siguiente cuadro.)</i>				Nombre del abogado <i>(nombre completo)</i>			

**AFIRMACIÓN Y ACUERDO**

- Por la presente juro y afirmo bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Proporcionar información falsa podría resultar en cargos de perjurio en mi contra.
- Entiendo que los servicios de manutención infantil NO incluyen el establecimiento o la obligación de tiempo de crianza o créditos de tiempo de crianza, la asignación del derecho de declarar a un niño como dependiente para fines fiscales federales o estatales, ni cualquier otro asunto no relacionado con el establecimiento de paternidad (de ser necesaria) y el apoyo financiero de hijos dependientes.
- Se me informa que los abogados y el personal de la Oficina de Manutención Infantil y la Oficina de Manutención Infantil del Condado que brindan estos servicios de manutención infantil representan al Estado de Indiana y no representan al solicitante ni a ninguna otra persona o entidad. Las comunicaciones entre el solicitante u otros participantes y la Oficina de Manutención Infantil o la Oficina de Manutención Infantil del Condado no son comunicaciones confidenciales protegidas por el privilegio abogado/cliente bajo IC 34-46-3-1.
- Entiendo que debo cooperar con la Oficina de Manutención Infantil del Condado para que mi caso sea procesado, y que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación de los servicios de manutención infantil. Además, entiendo que esta inscripción para recibir servicios de manutención infantil no garantiza una acción exitosa en el caso, sino que se harán todos los intentos razonables para obtener resultados exitosos.
- Entiendo que puedo finalizar los servicios notificando por escrito que los servicios ya no se desean a la Oficina de Manutención Infantil del Condado que maneja mi caso. Los servicios solo pueden terminarse de acuerdo con el 45 C.F.R. 303.11. La terminación de estos servicios no modifica ni finaliza las órdenes u obligaciones existentes de manutención.
- Autorizo a la Unidad Central de Cobros del Estado de Indiana (Indiana State Central Collection Unit, INSCCU) a endosar y negociar cualquier cheque recibido por la INSCCU para el pago de la manutención en mi caso de manutención infantil.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor <i>(si el solicitante no es menor emancipado)</i>		Firma del padre/tutor <i>(si el solicitante no es menor emancipado)</i> X _____	
Nombre en letra de imprenta del solicitante		Estoy de acuerdo en que si recibo un pago excesivo, el estado puede recuperar el monto excesivo del pago de los pagos futuros de manutención infantil que se me deben. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del solicitante X _____		Fecha de firma ( <i>mes, día, año</i> )	