

# Solicitud de Servicios de Sustento de Menores



# ¡Bienvenidos!

El Programa de Sustento de Menores de Nueva York trabaja con padres y tutores legales, con el objetivo de fortalecer las familias y brindarles a los niños el apoyo financiero y médico que ellos necesitan.

## Para iniciar el proceso de la solicitud:

1. Revise la **Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores**, página 1-4, y guarde este documento para sus archivos.
2. Llene y firme **Parte A – Solicitud** (página A-1 a A-4).  
**Usted debe firmar la Solicitud para recibir los Servicios de Sustento de Menores.**
3. Llene **Parte B - Información del Menor** (página B-1 a B-2) por cada niño (hasta dos niños) con la Otra Parte mencionada en esta solicitud.
4. Si usted tiene más de dos (2) niños con la Otra Parte mencionada en esta solicitud, solicite y llene el formulario separado **Información Adicional del Menor(LDSS-5143B)** por cada niño adicional o fotocopia de **la página B-1 de la Parte B.**
5. Revise **Parte C - Documentación De Respaldo**(página C-1) y someta copias de todos los documentos relevantes con su solicitud.

# Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores

Sírvase leer y guardar para sus archivos la página 1-4.

## Definiciones

**Menor** – un individuo que tenga menos de 21 años de edad para el cual se solicita sustento.

**Padre Custodio (CP)** – el padre con el cuidado principal y custodia del menor. En casos de custodia compartida de manera equitativa, este es el padre que habilita para recibir sustento de menores.

**Tutor Legal (G)** – un cuidador no parental que tiene la custodia física de al menos un menor de 21 años. Si el menor vive con el tutor legal de manera cotidiana, el tutor legal tiene la custodia física del menor.

**Padre no Custodio (NCP)** – el padre que paga sustento de menores por orden judicial.

**Supuesto Padre (AF)** – la persona que posiblemente sea el padre del menor, pero quien aún no ha sido legalmente declarado ser el padre.

## Requisitos

En el Estado de Nueva York, ambos padres son responsables por el sustento del menor hasta que cumpla los 21 años. Todo **padre o tutor legal** de al menos un menor de 21 años, puede solicitar servicios de sustento de menores. Un **niño** menor de 21 años o un **Padre no Custodio** o **Supuesto Padre** pueden también solicitar servicios de sustento de menores.

## Salvaguarda de la Confidencialidad

El Programa de Sustento de Menores está obligado a salvaguardar la privacidad, integridad, el acceso y uso de su información personal (esto incluye la recopilación de datos almacenados en el sistema informático del Programa de Sustento de Menores). Nosotros compartimos su dirección y otra información de identidad con otras agencias estatales y federales, solo para propósitos del sustento de menores o como lo autorice la ley. **La información solamente puede ser revelada a las personas autorizadas para causas que la ley requiera.**

**Uso de Números de Seguro Social:** La ley federal (42 USC § 666) exige que los números de Seguro Social pueden ser utilizados únicamente para localizar padres, establecer paternidad, establecer, modificar y hacer cumplir una orden de sustento; la administración de ciertos programas de subsidios públicos; o como lo autorice la ley. Además, los números de Seguro Social estarán sujetos a verificación a través de la Administración del Seguro Social.

## Inquietudes sobre Seguridad

**Asegúrese de leer y contestar las preguntas de Inquietudes sobre la Seguridad, en la página A-1 de la Parte A - Solicitud.** Si usted marca que Sí en la pregunta, su oficina local del Programa de Sustento de Menores hablará con usted sobre sus inquietudes y le ayudará a registrar en el Tribunal una Declaración Jurada de Dirección Confidencial. También podemos ayudar a evitar que su dirección aparezca en documentos que enviemos al Tribunal. Prohibiremos la revelación de información sobre localización, **a solicitud suya**; o si nos enteramos de que usted:

- Reside en un albergue para víctimas de violencia intrafamiliar;
- Tiene una orden de protección que involucra a la Otra Parte;
- Tiene una remisión de violencia intrafamiliar u otra declaración por escrito de un proveedor de servicios públicos o privados; o
- Un tribunal ha determinado que el contacto con la Otra Parte crea un riesgo de daño físico o emocional para usted o el menor.

## Servicios

El Programa de Sustento de Menores le prestará los servicios de sustento, según corresponda a su caso, de acuerdo con lo estipulado en la ley federal, la ley del Estado de Nueva York, reglamentos y políticas. Con su ayuda y cooperación, los servicios se le pueden prestar mientras hayan pagos pendientes de sustento de menores. Se ofrecen los siguientes servicios, según sea apropiado:

- **Localización** del padre no custodio o supuesto padre, incluyendo información sobre direcciones, empleo, otras fuentes de ingresos y bienes y cobertura de atención médica;
- **Establecimiento de Paternidad** (paternidad legal) para un menor nacido de padres que no están casados, por medio del proceso de reconocimiento voluntario o por medio de un proceso judicial
- **Establecimiento y/o Modificación** de una orden de sustento, incluyendo el establecimiento de la cobertura de un plan de seguro médico o apoyo médico con dinero en efectivo, si está disponible, de cualquiera de los padres;
- **Cobro y Distribución** de pagos de sustento de menores o la combinación de sustento de menores y manutención conyugal, por medio de la Unidad de Ejecución de Pago, incluyendo gastos educativos, gastos de cuidado de niños y apoyo médico con dinero en efectivo;
- **Ejecución de Obligaciones de Sustento** por medio de la retención de ingresos salariales, subsidios u otros ingresos; retención de reembolsos tributarios federales y estatales; embargo de bienes y premios de lotería; reporte a las agencias de crédito; suspensión de la licencia de conducir del Estado de Nueva York para el padre no custodio; remisión al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York para el cobro. Los beneficios de seguro médico por orden judicial también son ejecutados por el Programa de Sustento de Menores;
- Presentación y procesamiento de **Violación de Peticiones**; y
- Ayuda con el pago de una **orden anterior de sustento** por medio de la Unidad de Ejecución de Pago.

Todos los servicios anteriormente enumerados también se les brindan a los padres que viven en otros condados, estados y en algunos países.

Su caso de sustento de menores puede ser cerrado por motivos que incluyen, sin carácter limitativo:

- La paternidad no puede ser establecida;
- El padre no custodio o el supuesto padre no puede ser localizado, después de llevar a cabo esfuerzos diligentes, o está encarcelado sin la posibilidad de libertad bajo palabra o está permanentemente discapacitado y no puede pagar sustento o está internado;
- El beneficiario de servicios no coopera o no proporciona información esencial para el siguiente paso en la prestación de servicios;
- El beneficiario de servicios hace una solicitud por escrito o verbal para cerrar el caso; o
- El Programa de Sustento de Menores no puede ponerse en contacto con el beneficiario de servicios.

## Establecimiento de la Paternidad

El establecimiento de la paternidad es el proceso para determinar quién es el padre legal de un menor. Si los padres no están casados, el supuesto padre no tiene derechos o responsabilidades con el menor hasta que se determine quién es el padre legal. Para que el supuesto padre sea el padre legal, los padres deben establecer la paternidad del menor. **Mediante el establecimiento de la paternidad del menor, los padres están asegurando que el menor tenga los mismos derechos y beneficios de un menor nacido de padres casados.** En el Estado de Nueva York, la paternidad se puede establecer firmando un formulario de Reconocimiento Voluntario de Paternidad o presentándole al tribunal una petición para que determine la paternidad y expida una Orden de Filiación.

## Obligaciones de Sustento de Menores

La obligación básica de sustento de menores incluye una obligación en base a un porcentaje, una disposición sobre cobertura de seguro médico y/o ayuda con dinero en efectivo para los pagos de gastos médicos, gastos educativos del menor, si así lo determina el Tribunal (Family Court Act § 413 y Domestic Relations Law § 240).

## Porcentajes de Sustento de Menores

1 menor	17%
2 menores	25%
3 menores	29%
4 menores	31%
5 o más	por lo menos 35%

La pauta de porcentaje se aplica a ingresos combinados de los padres por hasta \$148,000. Para montos superiores a \$148,000 (el cual aumentará en 2020 y posteriormente cada dos años, con cambios en el Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos [CPI-U]), el tribunal determinará si utiliza las pautas de porcentaje. El tribunal se puede apartar de las obligaciones en base a porcentajes, basándose en los factores establecidos en Family Court Act § 413(1)(f) y Domestic Relations Law § 240(1-b)(f).

**Obligación para Bajos Ingresos:** Si se determina que los ingresos del padre no custodio están en el índice federal de pobreza o por debajo del mismo para una persona sola, el monto presuntivo de sustento es de \$25 al mes. Cuando los ingresos se encuentran en la reserva necesaria para el sustento propio o por debajo de la misma (135% del índice federal de pobreza), pero superior al índice federal de pobreza, el monto presuntivo de sustento es de \$50 al mes.

**Ajuste por el Costo de Vida (COLA):** Una orden habilita para recibir COLA cuando tiene por lo menos dos años y la suma del promedio de los cambios anuales porcentuales en el CPI-U es igual o mayor que diez (10) por ciento, desde que se expidió la orden o la última vez que se modificó o ajustó. Su cuenta se revisará cada dos años para determinar si su orden habilita para recibir COLA. Los ajustes a COLA se pueden hacer sin tener que acudir al tribunal. Se envía una notificación a ambas partes cuando una orden habilita para recibir COLA y cualquiera de las partes puede solicitar el ajuste.

**Modificación De Órdenes:** La Unidad de Sustento de Menores puede ayudarle a presentar una petición para modificar la orden de sustento de menores, de ser necesario. Cualquiera de las partes tiene el derecho de solicitar una modificación de la orden de sustento, basada en un cambio sustancial de circunstancias u otras condiciones, de conformidad con Family Court Act § 451 (2)(b).

**Derechos a Recibir Información Relacionada con los Procedimientos Legales:** Usted tiene el derecho de ser informado sobre la hora, fecha y lugar de todo procedimiento judicial que lo involucre. Se le proporcionará una copia de cualquier orden que establezca, modifique, ajuste o haga cumplir una orden de sustento, o cualquier orden de desestimación de la petición.

## Distribución de pagos

Los pagos de sustento se distribuyen de acuerdo con las normas de distribución federales y del Estado de Nueva York.

- **Si el padre custodio nunca ha recibido Asistencia Temporal**, este recibirá todo monto de sustento cobrado y adeudado, con la excepción del Cargo Anual por Servicio y la recuperación de costos de servicios legales, si corresponde.
- **Si el padre custodio recibió anteriormente Asistencia Temporal**, los cobros de sustento de menores que se reciban primero, se utilizarán para el pago del sustento actual, seguidos por los pagos de sustento atrasados y vencidos al padre custodio; luego, los pagos de sustento atrasados y vencidos que se le deban al distrito de servicios sociales. Recaudos recibidos del reembolso tributario federal serán utilizados primero para liquidar el sustento atrasado y vencido que se le deba al distrito de servicios sociales; y luego, los pagos de sustento atrasados y vencidos que se le deban al padre custodio.

## Recuperación de Pagos en Exceso

El Programa de Sustento de Menores cobra el sustento de menores en su nombre y se lo envía. En casos excepcionales, un pago en exceso puede ocurrir debido al envío erróneo de un pago (el dinero se le envía a la persona equivocada) o un pago sin fondos (es devuelto impago por el banco del remitente), entre otros factores. Si estas situaciones ocurren:

- Es su responsabilidad devolver o reembolsar esos fondos.
- Nos comunicaremos con usted para acordar el reembolso de la cantidad que se pagó en exceso, bien sea en un pago único o, si lo solicita, reteniendo el veinticinco (25) por ciento de recaudos hasta que el pago en exceso se cancele.

## Servicios Legales

Los solicitantes pueden solicitar servicios legales para establecer paternidad o para establecer, modificar o hacer cumplir una orden de sustento de menores. Si solicita servicios legales, el Programa de Sustento de Menores le informará sobre el costo de dichos servicios, los cuales varían de acuerdo a la oficina del Programa de Sustento de Menores (véase la siguiente sección).

- El abogado asignado a su caso es el representante legal del Comisionado del departamento de servicios sociales del distrito y **no lo representa a usted personalmente**.
- Los casos de custodia, visita y otros temas no relacionados con el sustento de menores **no serán** tratados por el abogado del distrito de servicios sociales.
- Toda información, escrita u oral, que usted le proporcione al abogado o personal del distrito de servicios sociales **probablemente no se mantendrá de manera confidencial** incluyendo datos pertinentes a fraude en prestaciones sociales o abuso infantil.

## Recuperación de Costos de Servicios Legales

Los servicios legales se ofrecen a los solicitantes una vez finalizado el *Right to Recovery Agreement for Legal Services (Derecho de Acuerdo de Recuperación de Servicios Legales)* (LDSS-4920).

- Los costos de servicios legales serán recuperados del sustento recaudado por el Programa de Sustento de Menores, a una tasa del 25% de su obligación de sustento actual.
- Si usted es el padre no custodio, el costo de servicios legales será recuperado a una tasa del 25% de la obligación de sustento actual o del pago que usted esté obligado a realizar y será agregado a la obligación de sustento que usted paga, hasta que el costo sea reembolsado.
- Todo sustento atrasado o vencido será pagado en su totalidad, antes de que se establezcan los costos de servicios legales.

## Cuota Anual de Servicio

Si el padre custodio recibe servicios de sustento de menores y nunca ha recibido asistencia por medio del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en el Estado de Nueva York o en cualquier otro estado y se le paga sustento de menores a la familia, se impondrá un cargo de \$35, si se recauda más de \$550 durante el año fiscal (1º de octubre - 30 de septiembre). Si el padre custodio tiene cuentas de sustento de menores con más de un padre no custodio y se ha recaudado en dichas cuentas más de \$550, se impondrá un cargo de \$35 por cada cuenta.

## Servicio al Cliente

Usted puede obtener en línea, información adicional sobre sustento de menores, así como también, información de pagos y de la cuenta, ingresando a [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov) o llamando a la **Línea de Servicio de Atención al Cliente de Sustento de Menores del Estado de Nueva York al 888-208-4485 (TTY: 866-875-9975 – Sistema de Transmisión <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers>)**. Necesita tener un número de identificación personal (PIN) para establecer en línea su cuenta de sustento de menores. Usted recibirá su PIN por correo cuando se establezca su cuenta de sustento de menores.

Se le recomienda revisar periódicamente su cuenta para cerciorarse de que sus pagos han sido recibidos a tiempo y en su totalidad. **Usted debe mantener su dirección e información de contacto al día**, lo cual puede hacer llamando a la Línea de Servicio de Atención al Cliente de Sustento de Menores o comunicándose con su oficina local del Programa de Sustento de Menores. La información de su oficina local del Programa de Sustento de Menores, incluyendo un enlace de correo electrónico, se puede encontrar en <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

## Parte A - Solicitud

### Asistencia Especial

1a. ¿Cuál es su idioma principal?

Inglés  Español  বাংলা  العربية  中文  Kreyòl Ayisyen  한국어  РУССКИЙ  Otro

1b. ¿En qué idioma principal lee?

2. ¿Necesita asistencia con el idioma?  Sí  No

3. ¿Padece de una incapacidad que no le permite llenar esta solicitud o esperar a ser entrevistado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de asistencia necesita?

### Inquietudes sobre Seguridad (Consulte la página 1 de la Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores, si desea información adicional)

¿Cree que su seguridad o la de su hijo está en riesgo si solicita Servicios de Sustento de Menores?  Sí  No

### Información del Solicitante

Yo soy el (marque uno):  Padre Custodio  Tutor Legal - Parentesco:   
 Padre no custodio  Supuesto Padre  Menor

*Si usted es el padre custodio, el tutor legal o el menor, llene una solicitud separada para cada padre no custodio o supuesto padre.*

#### Historial de Sustento de Menores

¿Recibe actualmente Servicios de Sustento de Menores?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿donde? Condado  Estado  N° de Caso

¿Ha recibido anteriormente Servicios de Sustento de Menores?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿donde? Condado  Estado  N° de Caso

#### Historial de Asistencia Pública

¿Es usted actualmente un(a) solicitante o recibe subsidios de la asistencia pública?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿donde? Condado  Estado  N° de Caso

**En caso afirmativo, DETÉNGASE. Se requiere LDSS-5145 Remisión a Servicios de Sustento de Menores (LDSS-5145 Referral for Child Support Services).**

¿Recibió anteriormente subsidios de la asistencia pública bajo el programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿donde? Condado  Estado  N° de Caso

Fecha de la última vez que recibió asistencia (Mes/Día/Año)

#### Nombre Legal

Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido  Sufijo   
Alias o cualquier otro nombre por el que lo(a) conocen (por ejemplo: Nombre de Soltera)

#### N° de Seguro Social o ITIN

(Identificación Individual de Contribuyente)  Género  Femenino  Masculino  No Binario/otro Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

#### Origen Racial-Étnico (Opcional)

Asiático  Negro o Afroamericano  Hispano o Latino(a)  Blanco, no Hispano  
 Americano Autóctono o Nativo(a) de Alaska  Nativo(a) de Hawai u otra Isla del Pacífico  Otro

#### Dirección Residencial

A nombre de:

Calle

Piso/Apartamento  Ciudad  Estado  Código Postal

#### Dirección Postal (si es diferente de la dirección residencial)

A nombre de:

Calle

Piso/Apartamento  Ciudad  Estado  Código Postal

**Información de Contacto**

Nº Teléfono de la Casa  N° de Teléfono Celular  Otro N° de Teléfono  Dirección de Correo Electrónico

Preferencia  Casa  Celular  Otro **Mejor Hora para Llamar**  Por la Mañana  Por la Tarde

**Contacto Secundario**

Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido  Sufijo  Parentesco   
Calle  Ciudad  Estado  Código Postal  N° de teléfono

**Estado Civil con respecto a la Otra Parte**

¿Estuvo casado(a) alguna vez con la otra parte?  Sí  No Fecha del Matrimonio

**Lugar del Matrimonio** Ciudad  Estado  País

Separado(a) Fecha de la Separación Legal  Nombre del Tribunal  Estado

Divorciado(a) Fecha de Divorcio  Nombre del Tribunal  Estado

Divorcio Pendiente Nombre del Tribunal  Estado

**Estado Civil con Respecto a Alguien Diferente a la Otra Parte**

¿Ha estado casado alguna vez el solicitante con alguien que no sea la Otra Parte del menor indicado  Sí  No en esta solicitud?

De  A  Nombre del Cónyuge

De  A  Nombre del Cónyuge

**Información sobre Cobertura de Atención Médica**

¿Ofrece o proporciona beneficios de seguro de salud el empleador u organización del solicitante?  Sí  No  No Sabe

¿Está inscrito el Solicitante?  Otro (especifique):  Cobertura Individual  Cobertura Familiar

No

No Sabe

**Continúe en la Página A-3**

**Información de la Otra Parte**

La Otra Parte es (marque uno):  Padre no Custodio  Supuesto Padre  Padre Custodio  Tutor Legal

**Nombre Legal**

Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido  Sufijo  Alias o cualquier otro nombre por el que lo(a) conocen (por ejemplo: Nombre de Soltera)

**Nº de Seguro Social o ITIN (Identificación Individual de Contribuyente)****Género**

Femenino  Masculino  No Binario/otro

**Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)****Origen Racial-Étnico (Opcional)**

Asiático  Negro o Afroamericano  Hispano o Latino(a)  Blanco, no Hispano  
 Americano Autóctono o Nativo(a) de Alaska  Nativo(a) de Hawai u otra Isla del Pacífico  Otro

**Idioma Principal que Habla**  Inglés  Español  Otro (especifique):

**Descripción**

Altura  pies  pulgadas Peso  libras Color de Ojos  Color de Pelo   
 Marcas  Cicatrices  Tatuajes Describa

Foto  Sí (Anexe Foto)  No

**Información sobre Redes Sociales**

Facebook  Twitter  Instagram

**Información del Padre de la otra Parte**

Nombre  Dirección  Nº de teléfono  Parentesco

Nombre  Dirección  Nº de teléfono  Parentesco

**Lugar de Nacimiento** Ciudad  Estado  País

**Fecha del Último Contacto**

Mes/Día/Año

**Parentesco de la Otra Parte con el(la) Solicitante**

Cónyuge  Ex Cónyuge  Padre  Pareja  Ex Pareja  Otro

**Dirección Residencial**  Actual  Última Dirección Conocida

A nombre de:

Calle

Piso/Apartamento  Ciudad  Estado  Código Postal

**Dirección Postal (si es diferente de la dirección residencial)**

A nombre de:

Calle

Piso/Apartamento  Ciudad  Estado  Código Postal

**Información de Contacto**

Nº Teléfono de la Casa  Nº de Teléfono Celular  Otro Nº de Teléfono  Dirección de Correo Electrónico

**Preferencia**  Casa  Celular  Otro

**Mejor Hora para Llamar**  Por la Mañana  Por la Tarde

**Empleo**

¿Está actualmente la Otra Parte empleada?  Sí  No  No Sabe Fecha del último día de trabajo

¿Trabaja la Otra Parte por cuenta propia?  Sí  No  No Sabe

Nombre del Empleador o de la Empresa:

Actual  Última Dirección Conocida

Dirección del Empleador o Empresa:

Calle  Ciudad  Estado  Código Postal  Nº de teléfono

Cargo / Ocupación:

Salario Anual \$

Subsidio Semanal

¿Recibe la Otra Parte subsidios del Seguro de Desempleo (UIB) del Estado de Nueva York?  Sí  No  No Sabe \$

¿Es la Otra Parte miembro de un sindicato u organización?  Sí  No  No Sabe Nombre:

**Estado Civil con Respecto a Alguien Diferente al Solicitante**

¿Está casado(a) la Otra Parte con alguien diferente al solicitante?  Sí  No

Nombre del Cónyuge  Dirección

Dirección de Correo Electrónico  N° de teléfono

**Estado de Encarcelamiento**

¿Está la Otra Parte Encarcelada?  Sí  No  No Sabe

Nombre del Centro Penitenciario  N° de Recluso

Dirección del Centro Penitenciario Ciudad  Estado  Código Postal  País

**Información sobre Cobertura de Atención Médica**

¿Ofrece o proporciona beneficios de seguro médico el empleador u organización de la Otra Parte?  Sí  No  No Sabe

¿Está inscrita la Otra Parte?  Sí (especifique):  Cobertura Individual  Cobertura Familiar  No  No Sabe

**Información de Vehículo**

Marca  Modelo  Año  Color

Propio  Arrendado  Vehículo de la Empresa Placa  Estado

**Información Adicional (por ejemplo: bienes, otros contactos)**

**Solicitud / Afirmación para los Servicios de Sustento de Menores**

Al firmar abajo, entiendo y estoy de acuerdo que:

**Estoy solicitando Servicios de Sustento de Menores, conforme a la Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, Sección 111-g** y según el Título IV-D de la Ley Federal del Seguro Social. Suscribo y afirmo so pena de perjurio, que la información brindada en la presente solicitud y en todos los documentos adjuntos, ha sido examinada por mi y es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Cooperaré con el Programa de Sustento de Menores en su esfuerzo por brindar servicios; y estoy de acuerdo en reportar a mi oficina local del Programa de Sustento de Menores cualquier cambio relacionado con la información que he suministrado.

No aceptaré directamente del padre no custodio pagos ordenados por el Tribunal o, si se reciben, los enviaré inmediatamente a New York State Child Support Processing Center, P.O. Box 15363, Albany, NY, 12212-5363.

He recibido la **Información Importante sobre los Servicios de Sustento de Menores**, la cual incluye información sobre la recuperación de pagos en exceso. Entiendo que en casos excepcionales, un pago en exceso puede ocurrir debido al envío erróneo de un pago (el dinero se envía a la persona equivocada) o a un pago sin fondos (es devuelto impago por el banco del remitente), entre otros factores. Además entiendo que es mi responsabilidad devolver o reembolsar esos fondos y que ustedes se comunicarán conmigo para solicitar el reembolso. Puedo reembolsar el monto del pago en exceso en un pago único o puedo solicitarles que retengan el veinticinco por ciento (25%) de los recaudos hasta que se haya reintegrado el monto del pago en exceso. Dar el consentimiento para que se retenga el 25% de futuros recaudos es opcional.

Autorizo al Programa de Sustento de Menores para que envíe correspondencia electrónicamente, cuando esté disponible, por correo electrónico, mensajes de texto u otros métodos. Con el fin de garantizar confidencialidad, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar un correo electrónico y un número de teléfono celular seguro, válido y activado.

Marque esta casilla si quiere solicitar servicios legales. Se le proporcionará el Right to Recovery Agreement for Legal Services (Derecho de Acuerdo de Recuperación de Servicios Legales - LDSS-4920) para que usted lo llene.

Firma del Solicitante  Fecha de la Solicitud

Nombre en Letra de Molde

**Para Uso Exclusivo de la Agencia (For Agency Use Only)**

Date Application Received  NY Case Identifier  Worker Code

Reminder: review **Safety Concerns** on page A1 and evaluate need for FVI.

**PARTE B – Información del Menor***(Por cada niño con la Otra Parte)***Nombre del Menor N° 01**

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Sufijo

--	--	--	--

**N° de Seguro Social o ITIN Género**

 Femenino Masculino No Binario / Otro**Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Fecha estimada del parto**

 No Nacido
**Nombre del Padre**

Padre 1 Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Padre 2 Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

**Lugar de Nacimiento del Menor**

Hospital

Ciudad

Estado País

**Parentesco de la Otra Parte con el Menor** Padre Padrastro / Madrastra Supuesto Padre**Estado Civil de los Padres**

¿Estuvieron los padres arriba mencionados casados al momento del nacimiento del menor o después?

 Sí, el uno con el otro  Sí, pero no el uno con el otro  No  No se sabeEn caso **afirmativo a uno con el otro**, vaya a las preguntas de la **Información sobre la Orden de Sustento. De lo contrario**, vaya a las preguntas del **Establecimiento de la Paternidad**.**Establecimiento de la Paternidad**

¿Se estableció la paternidad?

 Sí - Conteste las preguntas de **Establecimiento de la Paternidad**. No - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.Usted **No** necesita contestar las preguntas sobre el **Estado de Jurisdicción**. No Sabe - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.

¿Cómo se estableció la paternidad?

 Se estableció ante el Tribunal el

Nombre del Tribunal

 Reconocimiento de Paternidad el

¿En qué condado, estado y país se estableció la paternidad?

Condado

Estado

País

¿Dónde fue concebido el niño?

Estado

País

**Estado de Jurisdicción**¿Cubrió el supuesto padre (AF) los gastos prenatales o de sustento del menor?  Sí  No  No se sabe¿Vivía el Supuesto Padre (AF) con el menor en el Estado de Nueva York?  Sí  No  No se sabe¿Vive el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas del Supuesto Padre (AF)?  Sí  No  No se sabe**Información sobre la Orden de Sustento**¿Existe una orden de sustento para este menor?  Sí  No  No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden?
¿Se ha ordenado seguro de salud?  Sí  No  No se sabe**Monto de la Obligación**

\$

 Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Otro
**Tribunal que Emitió la Orden** De Familia Supremo Otro

Condado

Estado

País

**Información sobre Cobertura de Atención Médica**¿Tiene el menor cobertura de atención médica?  Sí  No  No se sabe

En caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura:

 Privada – vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico**. Público – vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública**.**Prestaciones de Seguro Médico**

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

 Padre Custodio Tutor Legal Padre no Custodio/ Supuesto Padre Padrastro / Madrastra No se sabe Otro

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud

N° de Póliza

N° de Grupo

Calle

Piso / Apartamento / Suite

Ciudad

Estado Código Postal

**Cobertura de Atención Médica Pública**

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

 Medicaid Child Health Plus (CHPlus)

Contribución mensual del CHPlus: \$

 Otro

**Parte B – Información del Menor (continúa)****Nombre del Menor N° 02**

Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido  Sufijo

**N° de Seguro Social o ITIN Género**

Femenino  Masculino  No Binario / Otro  No Nacido

**Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Fecha estimada del parto****Nombre del Padre**

Padre 1 Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido

Padre 2 Primer Nombre  Segundo Nombre  Apellido

**Lugar de Nacimiento del Menor**

Hospital  Ciudad  Estado  País

**Parentesco de la Otra Parte con el Menor**

Padre  Padrastro / Madrastra  Supuesto Padre

**Estado Civil de los Padres**

¿Estuvieron los padres arriba mencionados casados al momento del nacimiento del menor o después?

Sí, el uno con el otro  Sí, pero no el uno con el otro  No  No se sabe

En caso **afirmativo a uno con el otro**, vaya a las preguntas de la **Información sobre la Orden de Sustento. De lo contrario**, vaya a las preguntas del **Establecimiento de la Paternidad**.

**Establecimiento de la Paternidad**

¿Se estableció la paternidad?

Sí - Conteste las preguntas de **Establecimiento de la Paternidad**.  No - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.

Usted **No** necesita contestar las preguntas sobre el **Estado de Jurisdicción**.  No Sabe - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.

¿Cómo se estableció la paternidad?

Se estableció ante el Tribunal el  Nombre del Tribunal

Reconocimiento de Paternidad el

¿En qué condado, estado y país se estableció la paternidad?

Condado  Estado  País

¿Donde fue concebido el niño? Estado  País

**Estado de Jurisdicción**

¿Cubrió el supuesto padre (AF) los gastos prenatales o de sustento del menor?  Sí  No  No se sabe

¿Vivía el Supuesto Padre (AF) con el menor en el Estado de Nueva York?  Sí  No  No se sabe

¿Vive el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas del Supuesto Padre (AF)?  Sí  No  No se sabe

**Información sobre la Orden de Sustento**

¿Existe una orden de sustento para este menor?  Sí  No  No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden?

¿Se ha ordenado seguro de salud?  Sí  No  No se sabe

**Monto de la Obligación**

\$   Semanalmente  Cada dos semanas  Mensualmente  Dos veces al mes  Otro

**Tribunal que Emitió la Orden**

De Familia  Supremo  Otro

Condado  Estado  País

**Información sobre Cobertura de Atención Médica**

¿Tiene el menor cobertura de atención médica?  Sí  No  No se sabe

En caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura:  Privada – vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico**.

Público – vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública**.

**Prestaciones de Seguro Médico**

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

Padre Custodio  Tutor Legal  Padre no Custodio/ Supuesto Padre  Padrastro / Madrastra  No se sabe  Otro

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud  N° de Póliza  N° de Grupo

Calle  Piso / Apartamento / Suite  Ciudad  Estado  Código Postal

**Cobertura de Atención Médica Pública**

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

Medicaid  Child Health Plus (CHPlus) Contribución mensual del CHPlus: \$

Otro

## Parte C - Documentación de Respaldo

LDSS-5143 SP (Rev. 08/19)

Sírvase proporcionar **copias** de toda la documentación de respaldo disponible a su oficina local del Programa de Sustento de Menores. La documentación de respaldo permite que el Programa de Sustento de Menores pueda proceder con su caso de sustento, incluyendo el establecimiento de la paternidad y estableciendo, modificando o haciendo cumplir su orden de sustento de menores, según sea apropiado. La documentación de respaldo también ayuda al Tribunal a determinar los ingresos de cada padre así como el monto de la obligación básica del sustento de menores. **MARQUE** (✓) las casillas que indiquen que documentos está proporcionando. **Se le recomienda que no envíe documentos originales en la correspondencia.**

### Documentos Generales

- Identificación del solicitante (por ejemplo: licencia de conducir, pasaporte)
- Peticiones de Sustento     Orden(s) de Sustento     Certificado de Matrimonio     Acuerdo de Separación     Decreto de Divorcio de Menores
- Orden(s) de Custodia     Orden de Protección / Orden de Alejamiento     Tarjetas de Beneficios del Seguro Médico
- Resumen de las Descripciones del Plan de Beneficios del Seguro Médico     Otro

### Documentos del Padre Custodio

- Comprobante Reciente de Pago     Declaración de impuestos federales más reciente y todos los anexos.     W-2
- Tarjeta de Seguro Social / Carta del IRS sobre el ITIN     Carta(s) de Adjudicación con respecto al Seguro Social / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Otro

### Documentos del Menor (por cada niño)

- Partida de Nacimiento     Orden que establece la paternidad (Orden de filiación)     Reconocimiento de Paternidad
- Afidávit de Supuesta Paternidad     Tarjeta de Seguro Social     Comprobante de Gastos de Cuidado de Niños     Comprobante de Gastos Educativos
- Comprobante de Gastos de Cuidado Médico no Reembolsados     Carta(s) de Adjudicación con respecto al Seguro Social / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Acuerdo de Subsidio para Adopción (Pago entre los padres adoptivos y LDSS) o Acuerdo de Asignación (Menor internado para efectos de adopción)
- Otro

### Documentos del Padre no Custodio / Supuesto Padre

- Tarjeta de Seguro Social / Carta del IRS sobre el ITIN     Comprobante Reciente de Pago     Declaración de impuestos federales más reciente y todos los anexos.
- W-2     Notificación del Subsidio del Seguro de Desempleo.     Carta(s) de Adjudicación con respecto al Seguro Social / Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Servicio Militar (DD-214)     Encarcelamiento, información sobre libertad condicional o libertad bajo palabra
- Notificación sobre el Subsidio de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)     Comprobante de MA, SNAP o de Estancia en Albergue
- Información sobre licencias profesionales, de negocios, ocupacionales, de recreación o de conducir
- Otro