

Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS (TITLE IV-D)

División de Cumplimiento de Manutención de Niños
Unidad de Respuestas por Correos
P.O. Box 19405
Springfield, IL 62794-9405

FECHA:
NOMBRE:
DIRECCIÓN:

SEXO:
NÚM. DE SEGURO SOCIAL:
FECHA DE NAC.:
NÚM. DE TELÉFONO POR EL DÍA:
NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO:

Este es un aviso muy importante. Si usted no entiende este aviso, comuníquese con el Centro de Servicios al Consumidor de Manutención de Niños a 1-800-447-4278, dónde le podrán explicar este aviso. Las personas que usan un teletipo (TTY), deben llamar a 1-800-526-5812.

This is an important notice. If you do not understand this notice, contact the Child Support Customer Service Call Center at 1-800-447-4278 who can explain it to you. Persons with a TTY device may call 1-800-526-5812.

Para que nosotros podamos proveerle el mejor servicio posible, por favor:

- Complete este formulario. Por favor escriba con letra de molde o máquina.
- Cualquier información que usted no sepa, por favor escriba "no se" en el espacio.
- Lea la hoja de información adjunta del Programa Para las Personas Que No Reciben Asistencia Pública. Explica los servicios que proveemos.
- Envíe por correo este formulario y copia(s) que usted ya tiene a la dirección indicada arriba.

Si usted NO es el padre / madre biológica o tutor legal del niño(a), complete la solicitud disponible en www.ilchildsupport.com o llame al 1-800-447-4278 para obtener una solicitud diferente.

Si usted está trabajando con un abogado en su caso de manutención de niños, registrarse para los servicios de manutención de niños con HFS, puede proveerle servicios adicionales a usted y su familia. Usted puede trabajar con su abogado y HFS a la misma vez.

Información del Solicitante:

Nombre: _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Dirección del Hogar: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Parentesco con el Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Raza: _____
(mes/día/año)

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Qué hora del día es más conveniente para hablar con usted? _____ ¿En cuál número de teléfono? _____

CP:
HFS 1283S (R-8-07)

NCP:

IV-D#

IL478-0028

Información del Otro Padre o Madre:

Nombre: _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Dirección del Hogar: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Parentesco con el Niño(a): _____

Fecha de Nac. y / o Edad: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Raza: _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador u Origen de Ingresos: _____

Dirección del Empleador: _____

¿Está en servicio militar el otro padre o madre del niño? Sí _____ No _____

¿En qué rama del servicio militar? _____
(Envíenos una copia de la tarjeta de seguro de salud militar, si la tiene)

Marca y modelo del Coche / Automóvil: _____ Número de Placas: _____

Padres del Padre o Madre Sin Custodia: (madre) _____ (padre) _____

¿Tiene el otro padre o madre otros niños que no están indicados en este documento? Si usted sabe los nombres de los otros niños, indíquelos aquí.

Información del Niño(a):

Si usted tiene más niños con este padre / madre, por favor provea la misma información en otra hoja de papel separada.

Nombre Completo: _____ Sexo: _____
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Núm. de Seguro Social: _____ Raza: _____

Otra Información Importante

Si usted ya tiene una orden de manutención de niños, es importante que usted nos envíe una copia de la orden con esta solicitud, si la tiene.

Núm. de Orden o Registro _____

¿Dónde se estableció la orden? _____
(Ciudad) (Condado) (Estado)

¿Cuándo empezó la orden? _____
(mes / año)

Usted puede solicitar que una cantidad sea incluida en su orden para cubrir la manutención durante un período antes de la fecha que su orden de manutención de niños es inicialmente establecida.

Yo autorizo a la División de Manutención de Niños a explorar, perseguir o utilizar todas las fuentes de información legalmente disponibles para apoyar las investigaciones de mi parte y elegir el curso apropiado de acción legal. Yo he recibido y he leído el folleto del programa provisto con esta solicitud. La información que he provisto es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Yo entiendo que la División protegerá mi privacidad como se requiere por ley y autorizo a la División que revele información sobre mi caso al tribunal u otra entidad necesaria en el transcurso del establecimiento y cumplimiento de la paternidad y órdenes de manutención de niños, mientras sea un cliente.

Toda la información que usted provea se mantendrá confidencial pero entendemos que la violencia doméstica también puede ser un factor para usted y su familia. Para su protección, podemos marcar su caso con un indicador de violencia doméstica en su familia. Si desea que nosotros coloquemos este indicador en su caso, marque el encasillado a continuación. Si esto no es un factor en su familia, no tiene que marcar el encasillado.

Sí, yo quiero que mi caso sea marcado con un indicador de violencia doméstica en la familia.

Firma del Solicitante (requerido)

Fecha