ESTADO DE TENNESSEE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

SOLICITUD DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

El deseo de esta organización es actuar en beneficio de usted y su(s) hijo(s) en todo momento. Por lo tanto, deseamos proporcionarle cierta información importante acerca de la forma en que se manejará su caso.

INFORMACIÓN QUE USTED NECESITA SABER

- Usted debe avisarnos de inmediato si se muda o cambia de número de teléfono.
- Usted debe colaborar.
- Usted debe devolver toda suma de dinero que reciba por error.
- Usted debe avisarnos por escrito si desea cancelar los servicios.

NOSOTROS PODEMOS INTENTAR

- buscar al padre o la madre cuyo paradero se desconozca;
- establecer la paternidad de un niño;
- establecer y hacer cumplir las órdenes judiciales de pagos de manutención infantil, cuentas médicas no pagadas y/o seguro médico;
- revisar y modificar las órdenes de manutención infantil; y
- cobrar importes atrasados de manutención infantil usando varios métodos para su cumplimiento, incluido el embargo de reembolsos de impuestos federales sobre la renta.

NOSOTROS NO PODEMOS

- garantizar el éxito de nuestros intentos de establecer o hacer cumplir la obligación de manutención infantil;
- manejar asuntos que no se relacionen con la manutención infantil, como divorcio, conflictos por régimen de visitas o custodia de menores; ni
- dar prioridad a su caso sobre otros casos que manejemos.

DESPUÉS DE RECIBIR SU SOLICITUD COMPLETA, NOSOTROS

- estudiaremos su caso;
- decidiremos la acción correcta que se realizará en su caso; y
- haremos todo lo posible por proporcionarle el servicio necesario.

ADEMÁS

- Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información sobre usted, y para informarle las fechas de citas y audiencias del tribunal.
- Su firma en el formulario de solicitud indica que usted conviene en que el organismo presente una acción legal para su caso, y que puede cerrar su caso si usted no colabora.
- Nuestros abogados representan al estado de Tennessee. Ellos ayudarán a proporcionarle servicios de manutención infantil, pero ellos no lo representan ni a usted ni a ninguna otra persona.
- La información del caso se dará a conocer únicamente para fines de manutención infantil.
- Todos los pagos de manutención infantil se procesarán por medio del sitio de Procesamiento Central de Pagos (*Central Payment Processing*) en Nashville, Tennessee.

Estado de Tennessee
Departamento de Servicios Humanos
Carta para recopilación de información

NOTA: los números de Seguro Social (SSN) de las personas son fundamentales para procesar los casos. Según el artículo 466(a)(13) de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) [42 U.S.C. 666(a)(13)], usted debe proporcionar los números de Seguro Social al organismo de manutención infantil. El programa estatal de cumplimiento de manutención infantil usará estos números con el objeto de buscar a personas, a fin de establecer la paternidad y determinar, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención. Es posible que su SSN y los de sus hijos se usen para presentar acciones interestatales de cumplimiento de manutención infantil, y para inscribir a los niños como beneficiarios de cobertura de seguro médico; y por eso, pueden ser divulgados al padre o la madre. El SSN del padre o la madre que no tiene la custodia es necesario para identificar correctamente al padre o la madre con el fin de localizarlo, presentar casos al Programa de Compensación del Tesoro (*Treasury Offset Program*) y para otras actividades de cumplimiento de manutención infantil.

La información que se pide en esta solicitud debe proporcionarla cada solicitante de servicios de manutención infantil; independientemente de que sea la persona que tiene la custodia (padre, madre o responsable del cuidado), o el padre o la madre que no tiene la custodia. **Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia** (*PRP o primary residential parent*), llene la información sobre usted en la Sección II, y la información sobre el padre o la madre que no tiene la custodia, en la Sección III. **Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia** (*ARP o alternate residential parent*), llene la información sobre el padre, la madre o persona responsable del cuidado que tiene la custodia en la Sección II, y la información sobre usted, en la Sección III.

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

1. ¿Es usted

☐ el **PADRE, LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO QUE TIENE LA CUSTODIA (PRP)** de los menores para quienes se solicitan servicios? (El PRP es el padre o la madre con quien los hijos viven más del 50% del tiempo.); NOTA: A fin de completar esta solicitud, favor de marcar esta casilla si los menores para quienes se solicitan servicios viven con usted exactamente el 50% del tiempo.

o bien

☐ el **PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)** de los menores para quienes se solicitan servicios? (El ARP es el padre o la madre con quien los hijos viven menos del 50% del tiempo.)

Si usted es el **PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)**, ¿está usted solicitando

☐ una revisión y modificación de su orden de manutención; o bien

☐ el establecimiento de la paternidad de los hijos?

NOTA: toda solicitud de servicios de manutención infantil ocasionarán que este organismo realice las acciones necesarias para hacer cumplir las obligaciones de manutención.

2. ¿Es usted menor de 18 años y no está casado/a? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información sobre su padre, madre o tutor:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (casa): (_____)_____ (celular): (_____)_____ (trabajo): (_____)_____

3. ¿Tiene usted motivos para creer que el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) podría intentar causarle daño a usted o a los hijos si nos ponemos en contacto con él o ella, o debido a alguna acción que emprendamos en su caso de manutención infantil? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, explique: _____

_____

4. ¿Desea usted que este caso sea manejado por una oficina de manutención infantil ubicada en un condado que no sea el condado donde usted reside? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, en qué condado: _____ La concesión de esta solicitud está limitada por las leyes jurisdiccionales y la ubicación de las oficinas de manutención infantil.

PARA USO EXCLUSIVO DEL ESTADO:

Nombre del trabajador de tutela temporal: _____ ***Teléfono:*** _____

Fecha de aprobación: _____ ***Número de servicios sociales:*** _____ ***Número de caso IVE:*** _____

II. INFORMACIÓN ACERCA DEL PADRE, LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO QUE TIENE LA CUSTODIA

Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP), proporcione la siguiente información acerca de usted.

Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), llene esta sección con información acerca del padre, la madre o persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP).

1. Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

   Apellido de soltera: _____

2. ¿Qué relación tiene la persona responsable del cuidado con los hijos (madre / padre / abuela / etc.)? _____

3. Información de identificación del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP)

   Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Número de Seguro Social: _____-_____-_____ Sexo: _____

   Domicilio del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP)

   Domicilio **POSTAL**: _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

   Teléfono (casa): (_____)_____ (celular): (_____)_____ (trabajo): (_____)_____

   Domicilio **RESIDENCIAL**: _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

   Teléfono (casa): (_____)_____ (celular): (_____)_____ (trabajo): (_____)_____

4. Empleador del padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP): _____

   Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

5. ¿Alguna vez estuvo casado el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP) con el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione toda la información siguiente que corresponda:

   Fecha de matrimonio: _____ Condado: _____ Estado: _____

   Fecha de separación: _____ Condado: _____ Estado: _____

   Fecha de divorcio: _____ Condado: _____ Estado: _____

6. ¿Hay algún otro organismo o abogado que esté intentando actualmente obtener manutención infantil? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es sí, proporciona el nombre del organismo o abogado: _____ Número de teléfono: (_____)_____

   Domicilio: _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

   ¿Ha habido alguna vez ALGUNA acción legal que incluya al menor/a los menores? ☐ Sí ☐ No De ser sí, describa la acción: _____

Responda las preguntas #7 y #8 sólo si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado de los hijos que tiene la custodia (PRP)

7. ¿Recibe actualmente, o alguna vez recibió asistencia pública, beneficios de Families First, Medicaid o TennCare? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué período? Desde: _____ Hasta: _____

¿Recibió estos beneficios en Tennessee? ☐ Sí ☐ No ¿En qué otros estados recibió estos beneficios? _____

8. Nombre y número de teléfono de la persona con la que podemos comunicarnos si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: _____

Número de teléfono: (_____)_____ Relación: _____

III. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA (ARP)

Si usted es el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), proporcione la siguiente información sobre usted.

Si usted es el padre, la madre o la persona responsable del cuidado que tiene la custodia (PRP), proporcione la siguiente información sobre el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

Si usted está solicitando manutención de más de una persona que no tenga la custodia (ARP), debe llenar una solicitud aparte para cada padre o madre que no tenga la custodia (ARP). Si existen varias personas que podrían ser posiblemente el padre de los mismos hijos, escriba una nota aclarando esto en la Sección V, página 5 de esta solicitud.

1. Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

   Apellido de soltera (si corresponde): _____

2. Alias o apodos: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

3. ¿Cuál es la relación con los hijos de la persona que no tiene la custodia (ARP)? ☐ Padre ☐ Madre

4. Números de teléfono del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

   Casa: (_____)_____ Celular: (_____)_____ Trabajo: (_____)_____

5. Domicilio del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)

   Domicilio **POSTAL** actual o último conocido: _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

   ¿Es éste un domicilio vigente o válido? ☐ Sí ☐ No

   Domicilio **RESIDENCIAL** actual o último conocido: _____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

   ¿Es éste un domicilio vigente o válido? ☐ Sí ☐ No

6. ¿El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) tiene trabajo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es sí, ¿cuál es su ocupación? _____

7. Empleador **actual** del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP): _____

   Domicilio: _____ Número de teléfono: (_____)_____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

   Empleador **anterior** del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP): _____

   Domicilio: _____ Número de teléfono: (_____)_____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

8. Información general sobre el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)

Número de Seguro Social	Lugar de nacimiento (ciudad/condado/estado)	Fecha de nacimiento
Edad aproximada	Número de permiso de conducir (incluya el estado)	Sexo
Raza	Estatura	Peso
Color de cabello	Color de ojos	¿Proporcionó fotografía?
Marcas distintivas	Discapacidades conocidas	Otra información

9. El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), ¿está actualmente en la ☐ cárcel ☐ o prisión? Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____ Fecha de liberación esperada: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

10. El padre o la madre que no tiene la custodia (ARP), ¿está en libertad ☐ condicional ☐ o bajo palabra? Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Nombre del oficial de libertad condicional o bajo palabra: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono: (_____)_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

11. ¿Alguna vez el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) perteneció a las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿a qué fuerza? _____

Fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____

¿Está el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) jubilado del ejército o pertenece a las reservas? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Recibe el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) alguna pensión o beneficio del gobierno federal (Seguro Social, SSI, VA, jubilación militar, etc.) o de otras fuentes? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione:

Fuente (1): _____ Importe del ingreso mensual aproximado _____

Fuente (2): _____ Importe del ingreso mensual aproximado _____

Fuente (3): _____ Importe del ingreso mensual aproximado _____

13. Describa los bienes que pueda poseer el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).

Autos, camiones, motocicletas	Marca:	Modelo:	Año:
	Color:	Número de placa:	Estado:
Cuentas de banco:			
Bienes inmuebles:			
Otros bienes:			

14. Otros contactos del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP). Proporcione toda información que tenga, aunque esté incompleta:

Madre (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado	Código postal

Padre (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado	Código postal

Amigo u otro pariente (primer nombre/segundo nombre/apellido)	Número de teléfono:
Domicilio/Ciudad/Estado	Código postal

IV. INFORMACIÓN SOBRE ÓRDENES JUDICIALES

¿Existe alguna orden judicial de manutención infantil de los niños para los cuales se está solicitando servicios de manutención infantil? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, proporcione toda la información que tenga acerca de la orden u órdenes judiciales existentes. Adjunte copias de las órdenes y registros de pago, si los tiene.

Nombre del tribunal que emitió la orden	Fecha de la orden
Número de expediente o caso	Condado/Estado
¿Cómo se hacen los pagos? (por medio del tribunal, organismo IV-D o directamente a la persona responsable del cuidado)	Importe de manutención ordenado
Frecuencia ordenada de los pagos (semanal, mensual, otra, etc.)	Fecha de vencimiento del pago
Fecha e importe del último pago o cobranza	Importe de pagos atrasados

V. **Use el siguiente espacio para proporcionar toda información adicional acerca de su caso, que usted considere que pueda necesitar la oficina de manutención infantil, incluidos los nombres de cualquier otro posible padre de los hijos para quienes está presentando la solicitud. (Adjunte hojas aparte si es necesario)**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VI. INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN MÉDICA DE LOS HIJOS

¿Quién proporciona seguro médico a los hijos? Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Ninguno _____

Nombre de la compañía de seguros (excluida TennCare) _____

Número de póliza: _____ Nombre del asegurado: _____

Prima mensual del seguro: _____ Número de miembros de la familia cubiertos por la póliza: _____

Nombre o nombres de los hijos que están cubiertos por esta póliza

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

¿Tienen los hijos alguna factura médica no pagada? Sí __ No __ (Si la respuesta es sí, proporcione una lista detallada y copia de todas las facturas.)

¿Presentó usted las facturas no pagadas a la compañía de seguros? Sí __ No __ (Si la respuesta es sí, proporcione una copia de la Explicación de Beneficios de la compañía de seguros.)

¿Presentó usted las facturas no pagadas a la otra parte? Sí __ No __ (Si la respuesta es no, proporcione ahora a la otra parte una copia de las facturas no pagadas.)

¿Tienen los hijos algún gasto médico recurrente que no esté cubierto por el seguro médico? Sí __ No __

VII. INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS

Enumere a continuación cada uno de los hijos del otro padre o la madre mencionado/a en esta solicitud para quienes está solicitando servicios de manutención infantil. Proporcione toda la información necesaria sobre cada hijo, y una copia del acta de nacimiento de ese hijo. Adjunte hojas adicionales si lo necesita.

1. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

   Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

   Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

   a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
   d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
      ❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
   e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
      ❑ Sí ❑ No

2. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

   Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

   Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

   a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
   d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
      ❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
   e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
      ❑ Sí ❑ No

3. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

   Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

   Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

   a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
   c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
   d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
      ❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
   e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
      ❑ Sí ❑ No

INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS (Continuación)

4. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
❑ Sí ❑ No

5. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
❑ Sí ❑ No

6. Apellido del hijo _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad, condado y estado de nacimiento: _____

a. ¿Estaba el padre casado con la madre en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
b. ¿Estaba casada la madre con otra persona en el momento del nacimiento? ❑ Sí ❑ No
c. Si este hijo nació fuera del matrimonio, ¿se estableció la paternidad? ❑ Sí ❑ No
d. Si la respuesta es sí, la paternidad se estableció por:
❑ reconocimiento voluntario, ❑ orden judicial, ❑ otro (especificar): _____
e. ¿Está este hijo cubierto por la póliza de seguro médico o de salud del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP)?
❑ Sí ❑ No

SOLICITUD

Yo, _____, solicito que el Organismo de Manutención Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (*Child Support Agency of the Tennessee Department of Human Services*) proporcione servicios de manutención infantil. Entiendo y reconozco lo siguiente:

1. El abogado de Manutención Infantil que maneja mi caso representa al Estado de Tennessee, y no me representa a mí personalmente.
2. La información que yo proporciono es la fuente de cualquier solicitud que se presente para mí.
3. La oficina de Manutención Infantil actuará para hacer cumplir las obligaciones legales de manutención infantil del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP). Si la oficina de Manutención Infantil determina que alguna acción es inapropiada o injustificada, no la llevará a cabo.
4. Si proporciono alguna información o testimonio que el tribunal determine como falso, el Estado puede enjuiciarme por falso testimonio.
5. Si obtengo una suma de dinero debido a que cometí fraude, entiendo que el Estado puede acusarme de fraude. Asimismo, el Estado puede exigirme que pague todo el dinero que obtuve por medio del fraude.
6. La oficina de Manutención Infantil no promete el éxito ni los resultados de ninguna acción en un plazo determinado.
7. Los servicios que proporciona el organismo de Manutención Infantil incluyen únicamente hacer cumplir los derechos de manutención infantil, obtener y hacer cumplir las órdenes sobre seguro médico, establecer la paternidad y, en casos limitados, obtener manutención del cónyuge. Estos servicios no incluyen acciones que impliquen problemas de custodia, régimen de visitas o similares. Si surgen dichos problemas en este caso, entiendo que debo buscar otra representación legal.
8. Debido a que cualquier persona en el estado puede solicitar servicios de manutención infantil, esto significa que la oficina de Manutención Infantil puede proporcionar servicios a otras personas cuyos intereses contradigan los míos.
9. Debo pagar tarifas de solicitud y costos de tribunal si el tribunal determina que puedo pagarlos. Si nunca he recibido beneficios de Families First/ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF o *Temporary Assistance for Needy Families*) el estado también me cobrará una cuota anual de $25 por los servicios de manutención infantil pero solamente después de recojer por lo menos $500 para mi caso en el periodo de un año. Para pagar esta cuota, el estado se quedará con los siguientes $25 de manutención infantil que recoja para mi caso después de los $500 iniciales. Si mi caso requiere la acción de otro estado, también tendré que pagar por cualquier tarifa de solicitud o costo asociado que el otro estado exija para que mi caso proceda.
10. Si recibí beneficios de TANF o de Families First anteriormente, el Estado retendrá toda manutención cobrada cada mes que exceda la manutención mensual actual adeudada, para pagar los beneficios de TANF o Families First que recibí.
11. Si los hijos en este caso reciben Medicaid o TennCare, debo informar de inmediato a la oficina de Manutención Infantil.
12. Si logro que un abogado privado me represente para obtener manutención infantil, convengo en informar de inmediato al organismo de Manutención Infantil.
13. Mi caso se presentará al Programa de Compensación del Tesoro (*Treasury Offset Program*) del IRS si reúne las siguientes condiciones:
    A. Un tribunal u organismo administrativo ordena al padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) que pague manutención.
    B. Existe una copia de la orden, y de cualquier cambio a la orden, en los archivos de la oficina de Manutención Infantil. Asimismo, debe haber una copia del registro de pagos del tribunal en el archivo de la oficina de Manutención Infantil. Si no existe un registro de pagos del tribunal, debo proporcionar a la oficina de Manutención Infantil una declaración jurada y firmada del importe que adeuda el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).
    C. Según dicha orden, el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) debe adeudar al menos $500.00 de pagos vencidos de manutención.
    D. La oficina de Manutención Infantil tiene el número de Seguro Social (SSN) del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP).
14. Entiendo, además, que si mi caso se presenta al Programa de Compensación del Tesoro del IRS:
    A. No existe garantía de que el dinero se cobrará en mi nombre. La cobranza del Programa de Compensación del Tesoro por medio del Programa de Compensación de Reembolsos de Impuestos Federales (*Federal Tax Refund Offset Program*) sólo es posible si el padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) presenta una declaración de impuestos y el IRS le adeuda un reembolso.
    B. Si se cobra dinero mediante este proceso, y está implicada una declaración conjunta, el Estado tiene el derecho de retener el reembolso durante seis meses antes de enviarme a mí cualquier cobro.
    C. Si recibí beneficios de TANF o de Families First, el Estado conservará una parte o la totalidad del reembolso para pagar todo beneficio de TANF o de Families First que el Estado haya proporcionado anteriormente.
    D. El Estado tiene el derecho de retener importes de futuras compensaciones del IRS si no pago voluntariamente los importes que haya recibido por error.
    E. El IRS cobra una tarifa de hasta $25.00 por cada cobro que se haga por medio del programa de compensación. Esta tarifa se deducirá antes de que yo reciba cobro alguno.
15. **Debo devolver al Estado toda suma de dinero que se me pague en exceso, o que reciba por error.**
    Algunas de las situaciones que pueden ocasionar un pago excesivo son: el Estado recibe un pago de manutención infantil por medio de cheque personal y otro método de pago que posteriormente no se acepte; el Estado debe devolver importes al IRS debido a que el cónyuge del padre o la madre que no tiene la custodia (ARP) presentó una declaración de impuestos corregida; el Estado me envía un pago duplicado para reemplazar un pago que no recibí, y luego recibo ambos pagos; o bien, el Estado me envía algún pago que no tengo derecho a recibir. Convengo en permitir que el Estado recupere todo pago excesivo, sin darme previo aviso, mediante la retención del importe pagado en exceso proveniente de la manutención infantil futura que se procese. Además, firmaré todo acuerdo que exija el Departamento de Servicios Humanos para devolver cualquiera de dichos pagos en exceso. Si el Estado debe realizar una acción en mi contra para recuperar dichos pagos en exceso o pagos recibidos por error, yo pagaré los costos de dicha acción, incluidos los costos del tribunal y los honorarios de abogados.

Juro o afirmo que la información que proporcioné como fundamento de esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Colaboraré en este asunto con el Departamento de Servicios Humanos y con la oficina local de Manutención Infantil. Además, juro o afirmo que leí esta afirmación y reconocimiento. Declaro que la entiendo totalmente y que estoy de acuerdo con los términos.

_____ Firma

_____ Fecha