



Social Services

Social Services Board
Tara L. Fikes, DPA, Chair
Commissioner Wendy Jacobs, Vice Chair
Helen J. Berry
Jane Volland
William Edward Kunz

Michael A. Becketts, MSW, MS
Director

Adjunto usted encontrará la siguiente información necesaria para obtener sustento de menores:

- (1) Memorándum de Entendimiento que explica los servicios del programa de Sustento de Menores,
- (2) Solicitud de Servicios de Sustento de Menores (2 páginas),
- (3) Solicitud para Sustento de Menores – Información complementaria (4 páginas)
- (4) Petición por servicios
- (5) Declaración Jurada de Gastos

Si usted desea solicitar los servicios de sustento de menores, por favor llene la Solicitud para Sustento de Menores e información complementaria con la mayor cantidad de información posible. Además debe firmar la Solicitud y el Memorándum de Entendimiento donde se le indica. Para su conveniencia también le hemos incluido una **lista** de los documentos necesarios para procesar su solicitud. Una vez que termine de llenar los formularios, por favor envíelos por correo o trágalos en persona a nuestras oficinas, junto con copias de cualquier orden judicial que aplique a su caso. Si gusta también puede incluir una carta breve explicando su situación. Debe adjuntar una cuota de solicitud de \$25.00. Si su ingreso bruto (antes de la deducción de impuestos) está por debajo del nivel de pobreza federal, usted puede pagar el costo reducido de \$10.00. Para determinar si usted califica para una tarifa reducida, por favor llame al (919) 560-8900 o vea la tabla de ingreso a continuación.

Número de personas en la familia:	Límite de ingreso bruto (efectivo 1/22/15)
1	\$11,770
2	\$15,930
3	\$20,090
4	\$24,250
5	\$28,410
6	\$32,570
7	\$36,730
8	\$40,890

Si hay más de 8 personas en su familia, sume \$4,160 por cada miembro adicional.

Los servicios de Sustento de Menores son gratis para aquellas personas que reciban asistencia pública (Work First o Medicaid)

Si el ingreso del solicitante está por debajo del nivel de pobreza indicado en la tabla a mano izquierda, la cuota por solicitud será de \$10.00.

Aquellos solicitantes cuyo ingreso este por encima del límite indicado o que no deseen pedir la cuota reducida, deben pagar la tarifa de \$25.00.

Una vez que hayamos recibido su solicitud firmada incluyendo la información complementaria y su pago de ser necesario (vea instrucciones arriba), su caso de Sustento de Menores será abierto y usted comenzara a recibir los servicios necesarios. Si necesitamos más información, nos pondremos en contacto con usted. Si fuese necesario verlo/a en persona, le pondremos una cita para que venga a nuestras oficinas.

Sinceramente,
Oficina de Sustento de Menores del Condado de Durham (919) 560-8900

Los siguientes documentos son necesarios para completar su solicitud:
(Copias solamente)

- _____ Su identificación con foto
- _____ Tarjeta de seguro social para usted y sus niño(s)
- _____ Los talones de cheque más recientes (ultimo 4 pagos)
- _____ Recibos de gastos por cuidado de niño(s) (en papel membretado del proveedor de cuidado)
- _____ Costo mensual del seguro médico (solo de los niños)
- _____ Tarjeta del seguro médico (solo de los niños)
- _____ Declaración jurada de ingresos activos y gastos con ingresos-Si requirente (atrás) apoyo retro
- _____ Fotografía del padre ausente
- _____ Certificados de nacimiento del(los) niño(s)
- _____ Declaración jurada de paternidad (firmado por el padre al nacer el niño)
- _____ Acta de matrimonio, orden de separación o de divorcio
- _____ Información de otros niños (no relacionados a este caso) menores de 18 años viviendo en su hogar
- _____ Orden de pensión alimenticia/custodia
- _____ Pago por la cuota de solicitud de \$25.00 o \$10.00 in cheque certificado o giro postal (vea la información en la primera página para determinar su tarifa por solicitud.

NO ENVIE CHEQUES PERSONALES

Las personas que reciban asistencia pública (Work First, Cuidado adoptivo, Medicaid) son referidas automáticamente al programa de Sustento de Menores y reciben estos servicios gratuitamente. Aquellas personas que no reciban asistencia pública deben pagar una tarifa no reembolsable de \$10.00 o \$25.00 dependiendo en su ingreso. Si usted debe pagar un costo por solicitud, no podremos proveerle asistencia hasta que no se reciba su pago.

Haga el pago a nombre de: Durham County DSS Child Support

Envíe toda la información y el pago a:

**Durham County Child Support Services
PO Box 810
Durham, NC 27702-0810**

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES
(APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES)

_____, (MPI) _____, por la presente contrato con la Agencia de Servicios de Sustento de Menores del Condado de _____ (Child Support Services Agency) para la prestación de sus correspondientes servicios. Esta solicitud constituye el contrato y sus términos. Yo entiendo que la Agencia para el Sustento de Menores determinará cuales servicios serán necesarios para mí. Estos servicios no comenzarán hasta tanto yo pague el cargo por servicios, cobrable sólo una vez y no reembolsable.

Derechos y Responsabilidades del Solicitante

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- * Será mi responsabilidad devolver cualquier dinero enviado a mí por error.
- * La Agencia recobrará cualquier dinero enviado a mí por error. La Agencia podrá recobrar a razón del **10%** de la cantidad corriente de mi pensión alimenticia y de **todo** dinero que se reciba para pagar atrasos hasta que se haya recobrado la cantidad enviada a mí por error.
- * Los pagos de sustento de menores pueden ser depositados en una tarjeta de débito emitida por la agencia o a su cuenta bancaria. Yo autorizo a La Agencia de Servicios de Sustento de Menores para que contacte a la institución financiera y pueden hacer entradas de débitos y ajustes por cualquier entrada de crédito hecha por error a mi tarjeta de débito o cuenta bancaria. (Puede haber excepciones en casos seleccionados)
- * La Agencia podrá usar un abogado para establecer y hacer regir la orden del Tribunal. **El abogado representará los intereses de la Agencia y no existirá relación abogado-cliente entre él y yo.** El abogado no podrá manejar otra materia legal, como custodia y visitas.
- * Cualquiera de las partes tiene el derecho de solicitar que la orden de sustento sea revisada para posibles ajustes cada **tres** años o antes si hay cambios significativos en mis circunstancias.

Cobro Mandatorio Anual de \$25.00 por Servicios

Regulación Federal Sección 454(6) (B) (ii) del Acta Para Reducir la Deficiencia del 2005 y N.C.G.S. 110-130.1 **requiere que un cobro anual \$25.00 sea impuesto** a cada caso de individuos que nunca han recibido Asistencia de Fondos Públicos y que reciben \$500.00 en pagos de manutención de menores durante el año fiscal Federal (Octubre 1 – Septiembre 30).

Comprendo que este cobro es impuesto sobre mi caso y el pago del cobro será automáticamente deducido del próximo pago(s) de sustento de menores que se me deben.

Intercepción del Reintegro de Contribuciones de Impuestos (Tax Refund).

Ley Federal requiere que la Agencia de Servicios para el Sustento de Menores intercepte el reintegro de las contribuciones de impuestos, para pagar atrasos en las pensiones alimentarias.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- * Si el padre o la madre ausente tienen atrasos en el sustento para menores, y reúnen los requisitos para interceptarles el reintegro de sus contribuciones, la Agencia notificará al Servicio de Rentas Internas (IRS) y al Departamento de Rentas de Carolina del Norte (DOR), para descontar la deuda de pensión alimenticia de sus reintegros de contribuciones.
- * Con el dinero de las contribuciones se pagará primero la deuda por sustento recibido del Estado, luego podré recibir el pago por los atrasos de mi pensión alimentaria.
- * Podrá haber un cargo por el procesamiento del reintegro de contribuciones. Este cargo será descontado de dicho reintegro.
- * Si el padre o la madre ausente rindieron planillas de contribución conjunto con sus parejas, la Agencia tendrá que determinar si puedo recibir algún pago del dinero de contribuciones. Este proceso puede tomar hasta seis meses.
- * El Servicio de Rentas Internas Federal (IRS) puede hacer ajustes de los reintegros de contribuciones hasta por seis años. Esto puede resultar en que tenga que devolver parte de los fondos de reintegro previamente recibidos.

Uso del número del Seguro Social

Las regulaciones federales en 42 USC 666 (a) (13) requieren la divulgación obligatoria de su número de seguro social o el número o números de seguro social del niño o niños en este caso. El número sólo se utilizará para el fin de establecer la paternidad y establecer, modificar y hacer regir la obligación de sustento de menores.

Uso de los números de teléfonos celulares y correo electrónico

- * Si usted proporciona un número de teléfono celular en la solicitud, usted está dando permiso a la Agencia de Sustento Menores para llamar a ese número durante las horas de trabajo. Usted será responsable de cualquier cargo de su proveedor de teléfono celular. Si necesitamos verle, le citaremos a una entrevista.
- * Si se proporciona una dirección de correo electrónico, voy a dar permiso a la Agencia de ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico.

He recibido información del Programa que describen los servicios, los cargos, derechos y responsabilidades, políticas de cobros y procedimiento de distribución de dinero. Estoy enviando con esta solicitud todas las hojas de información suplementaria debidamente completadas.

Firma del Solicitante

Date

MEMORÁNDUM DE ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN ENTRE LA AGENCIA DE SUSTENTO DE MENORES DEL CONDADO DE DURHAM (Conocido como IV-D) Y EL CLIENTE DE IV- D

- A. **PROPÓSITO Y SERVICIOS DEL PROGRAMA:** El propósito del programa IV-D es asegurar que los padres ausentes responsables sustenten a sus hijos. Los servicios serán proporcionados a clientes que no reciben asistencia pública de la misma manera como se proporciona a los clientes que reciben dicha asistencia. Los servicios incluyen: Ubicación de padres ausentes; Establecimiento de paternidad (procedimientos para establecer la paternidad para niños nacidos fuera del matrimonio); Establecimiento del sustento (le explicaran los pasos que probablemente seguirán); Ejecución de las obligaciones. El Condado de Durham o el estado de Carolina del Norte pueden tener el derecho de recuperar la asistencia pública pagada en el pasado de la persona de la cual se busca el sustento.
- B. **COOPERACIÓN DEL CLIENTE:** Es requisito cooperar completamente con la agencia, incluyendo pero no limitado a: mantener todas las citas con la agencia; proporcionar información completa del padre ausente; presentarse y testificar en corte si la agencia o la corte lo considera necesario; someterse usted y sus hijos a las pruebas genéticas para la determinación de la paternidad si la agencia o la corte lo considera necesario; consultar y obtener autorización de la agencia antes de llevar a cabo cualquier acción legal independiente relacionada con el sustento; mantener a la agencia informada de cambios en mi nombre, dirección de todas las partes involucradas, custodia de los niños o reconciliación con el padre ausente.
- Comprendo que si decido no cooperar pueden cerrar mi caso (clientes que no reciben asistencia pública), o parar mis beneficios de asistencia pública y/o asignar un beneficiario protector para los beneficios de asistencia pública (clientes de asistencia pública).
- C. **PROCESO DE QUEJAS DEL CLIENTE:** Es requisito de la agencia revisar todos los casos de sustento de menores en los cuales el cliente tenga alguna preocupación (queja) sobre los servicios que están siendo prestados o acerca de sus expectativas. Si ocurre algún error en un caso o no se toma una medida que debía tomarse, el cliente puede solicitar que un supervisor revise dicho caso. Estas solicitudes de revisión de caso deben hacerse por escrito con el nombre del cliente, número del seguro social, declaración del error ocurrido y lo que el cliente espera que ocurra en relación con el caso. El supervisor tiene treinta días para revisar el caso y responder por escrito al cliente. Si el cliente no se encuentra satisfecho con la respuesta del supervisor, puede efectuar una segunda solicitud por escrito dirigida al Consultor del Programa para que este revise y responda por escrito a los treinta días de recibido.
- D. **REPRESENTACIÓN LEGAL Y ÓRDENES DE LA CORTE:** Los abogados que manejan todos los aspectos civiles de la Agencia representan y asesoran a esta únicamente en sus esfuerzos por garantizar el sustento del menor y no representan al cliente. Los abogados de la Agencia se encuentran disponibles para manejar audiencias de cortes civiles locales llevadas a cabo con el propósito de obtener el sustento del menor. Si se presenta un cargo criminal, la Oficina del Fiscal de Distrito será responsable de proceder con el caso. Los clientes pueden elegir mantener asesoría privada. Si obtiene un abogado privado, el cliente debe informar a la Agencia por escrito de cualquier compromiso de representación así como de su alcance. El cliente debe notificar a la Agencia por escrito cuando la representación privada sea terminada o transferida a otro abogado.

Esta Agencia no proporciona servicios relacionados con las visitas, custodia u otros aspectos colaterales. Al cliente se le exigirá, por cualquier orden de la corte obtenida por esta Agencia, mantener informado al padre ausente de la residencia y dirección de correo del niño(s) a menos que se haya determinado que dicho padre ha cometido actos que constituyen violencia bajo el Capítulo 50-B de los Estatutos Generales de Carolina del Norte. Las adjudicaciones establecidas por órdenes de la corte serán establecidas en concordancia con las Normativas de Sustento de Menores de Carolina del Norte a menos que su aplicación no sea equitativa para alguna de las partes. El padre ausente estará sujeto a la retención inmediata de sus ingresos. En los casos en donde no se recibe asistencia pública, en donde exista una obligación de sustento al menor, pueden ser revisados para modificación una vez cada tres años por solicitud de cualquiera de las partes.

Al firmar este documento yo autorizo a la Oficina de Sustento de Menores del Condado de Durham a tomar las siguientes medidas a mi nombre: (a) aceptar las pruebas genéticas para establecer la paternidad cuando esta no haya sido establecida previamente por las cortes; (b) aceptar el sustento del menor en un valor determinado al aplicar las presuntas normativas al ingreso regular del padre ausente y al número de niños por el cual él/ella es responsable, a menos que circunstancias atenuantes justifiquen la variación de tales normativas; y (c) utilizar los

recursos civiles , criminales o administrativos que la Agencia IV-D en su discreción considere razonable y apropiado. Comprendo que si el padre ausente firma un Acuerdo Voluntario de Sustento debo mantenerlo informado de la dirección de residencia y de correo del niño, y de cualquier cambio en mis ingresos.

- (E) **INTERCEPTACIÓN DE IMPUESTOS:** Todos los casos que cumplan con los requisitos serán sometidos a interceptación de impuestos para recolectar los atrasos. Los atrasos serán pagados en el siguiente orden: TANF-**Federal**, cuidado adoptivo temporal, atrasos no pertenecientes a TANF; sustento **Estatal** actual, No pertenecientes a TANF, TANF, cuidado adoptivo temporal. Puede cobrarse una cuota por procesamiento. La cuota se deduce de la devolución de impuestos. Si se intercepta una devolución conjunta, puede existir una demora de hasta seis meses antes de su distribución. Los pagos al cliente pueden estar sujetos a ajustes por seis años siguientes al año fiscal impositivo.
- (F) **PROCESO DE DISTRIBUCIÓN:** El pago del sustento de menores en todos los casos manejados por la Agencia se realizará a través de la Recolección Centralizada de Sustento de Menores de CN (*NC Child Support Centralized Collection*) y será procesado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte. El proceso de distribución del dinero, dudas y procesos de apelación fueron explicados al cliente.
- (G) **NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:**
 - (1) Se exige proporcionar los números de seguro social del niño(s) a la Agencia con el propósito de suministrar los servicios adecuadamente, por regulación federal 45 CFR 303.21)a). El número de seguro social del niño puede ser utilizado para la cobertura del seguro médico (se le podrá dar el número al padre ausente y/o a la compañía de seguros para inscribir al niño para su cobertura); identificación del archivo del caso; ejecución de medidas.
 - (2) El número de seguro social del cliente puede ser utilizado para la identificación de archivos y la ejecución de medidas.
 - (3) El número de seguro social del padre ausente puede ser utilizado para: propósitos de localización; identificación del archivo del caso; presentación de casos de compensación sobre devolución de impuestos; y ejecución de medidas de cumplimiento.
- (H) Las personas que reciban servicios a través de los programas de Asistencia Pública (WFFA, Cuidado Temporal, Medicaid) son referidos automáticamente y son elegibles para recibir los servicios de Sustento de Menores sin ningún costo. Los clientes que no reciban asistencia pública serán responsables de pagar hasta veinticinco dólares (\$25) por la solicitud. Si se requiere alguna cuota por solicitud, los servicios no iniciarán hasta que esta sea pagada. Un honorario de \$25.00 publicaciones anuales será determinado para cada caso que nunca ha recibido ayuda pública y haber recibido por lo menos \$500.00 en ayuda de niño.
- (I) Explico derecho del cliente a solicitar un intérprete de lengua extranjera, un intérprete de lenguaje, material en Braille, el acceso a TTY, interprete de retransmisión de video y material en letras grandes a fin de completar o cumplir con los servicios ofrecidos por el Departamento del Condado de Durham de Servicios Sociales. Si el cliente solicita un intérprete, una forma DSS1001 se ha completado y puesto en el archivo del caso.

Yo _____, el/la abajo firmante, comprendo y acepto el anterior Memorando de Entendimiento. Los temas tratados en el texto anterior me fueron explicados en su totalidad por la Oficina de Cumplimiento del Sustento de Menores del Condado de Durham (IV-D):

Fecha: _____
Firma del cliente: _____
Funcionario de IV-D: _____

Una vez que el padre ausente se encuentra bajo una orden, su caso será transferido a _____. Cuando se pague el dinero, puede llamar al **1-800-992-9457** para saber cuándo recibirá el cheque o puede visitar la página Web www.ncchildsupport.com. Esta página está disponible las 24 horas exceptuando los domingos de 3:00am – 1:00pm.

IV-D # _____
CP _____
NCP _____

MEMORANDO DE ENTENDIMIENTO

En relación con: **Inclusión de dirección del padre custodio/ niños en órdenes de manutención de menores**

La Ley de Carolina del norte, N.C.G.S. 110-136.3 (a), requiere que se incluya la dirección del padre con la custodia del niño, o la dirección del niño, si es diferente de la dirección del Custodio, en órdenes de manutención de menores. Un tribunal puede hacer una excepción a este requisito si:

- tiene una orden existente que prohíbe la divulgación de la dirección del padre custodio o la dirección del niño al padre sin custodia, o
- la corte determina que es inadecuado porque el padre no custodial ha hecho amenazas verbales o físicas que constituyen violencia doméstica bajo capítulo 50B de los estatutos generales de Carolina del norte.

Órdenes de manutención de menores son registros públicos. Si se lleva a cabo una audiencia en la corte y se establece una orden, la dirección es muy probable que se establezca en ese orden a menos que el Tribunal reciba una copia de una orden judicial o usted está presente para proporcionar información sobre cualquier tipo de violencia doméstica.

He sido proporcionado con la información anterior y: (seleccione uno)

Yo entiendo que la residencia y dirección mía o de mi hijo pueden ser incluidas en las órdenes de mantenimiento de menores en este caso. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la agencia de manutención si, en cualquier momento en el futuro, tengo alguna nuevas inquietudes con respecto a la divulgación de las direcciones.

o

tengo dudas de que mi dirección o la de mi niño aparezcan en la orden de manutención de menores debido a circunstancias relacionadas a la violencia doméstica que implican al padre sin la custodia en mi caso de mantenimiento de menores. Entiendo que a menos que proporcione al Tribunal una orden que prohíbe la inclusión de estas direcciones o información, incluyendo el testimonio en la corte, con respecto a estas circunstancias el juez puede ordenar que las direcciones se incluyan en una orden judicial. Entiendo que el abogado de la Agencia de manutención de menores no es mi abogado, y que puedo consultar con un abogado privado o un proveedor de servicios legales con respecto a estas cuestiones. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la agencia de manutención cualquier cambio en estas circunstancias.

Las agencias de mantenimiento de menores de Carolina del norte no pueden proporcionar servicios relacionados con la violencia domésticos. Información de contacto para proveedores de servicios de violencia doméstica en los condados de N.C. está disponible en: http://www.NCCADV.org/service_providers.htm

Firma del padre custodio

fecha

Nombre (Letra de Molde)
NC Child Support Services (11/7/14)

Padre Ausente: _____

IV- D _____

Cliente: _____

Fecha: _____

CD# _____

Programa: _____

CD# _____

Programa: _____

- Usted recibe Work First y Medicaid, tenemos que obtener una orden por manutención mensual y seguro médico.
- Usted recibe Medicaid y debemos obtener una orden médica para que el padre ausente provea seguro médico.
- Usted no recibe Medicaid ni Work First para usted por lo tanto usted puede pedir que su caso de sustento de menores sea cerrado. Esta petición debe ser recibida por escrito.

Todos los niños menores de 18 En el hogar	Edad de los niños	Hospital donde nació el niño	Ciudad y estado donde nació	¿Estaba usted casada/o cuando nació el niño/a? ¿Con quién?	Nombre completo del padre ausente	¿Aparece el nombre del padre en el acto de nacimiento? Si o no

Información suya: Teléfonos donde mejor podamos conseguirla () _____ o () _____

¿Dónde se emplea usted? _____ Teléfono del trabajo () _____

Yo trabajo _____ horas por semana y gano \$ _____ por hora (o) \$ _____ Salario anual
(Número de horas por semana) (cantidad que le pagan por hora)

A mí me pagan: _____ el _____ (Adjunte los últimos cuatro talones de cheque)
(Semanal / Cada dos semanas / Mensualmente) (Día del mes que le pagan)

Yo pago \$ _____ en gastos mensuales de GUARDERIA (Adjunte recibos)

Yo pago \$ _____ en primas de SEGURO MEDICO mensuales por mi(s) hijo(s). (Adjunte verificación de seguro médico)

¿Ha firmado el padre papeles en el hospital o más tarde indicando que él es el padre? _____ (Adjunte copia de estos papeles)

¿Ya tiene usted una orden por sustento de menores? _____ ¿En qué estado? _____ ¿En qué condado? _____

Fecha en la cual se casó con el padre ausente (NCP): _____ Ciudad/estado _____

Fecha de la separación/divorcio: _____ Ciudad/estado _____ (Adjunte copia)

¿Estaba usted casada/o con alguien cuando nació el niño/a? _____. Si contesto si, nombre completo:

_____.

Estoy pidiendo los siguientes servicios de sustento de menores: (Marque todos los que apliquen)

- Sustento de menores (un pago mensual de manutención). Esto es requerido de todo el que participe en el programa de *Work First*.
- Solo estoy pidiendo Seguro Medico (Esto es un requisito si usted recibe Medicaid para usted)
- Sustento previo: Desde _____ hasta _____ (Para pedir sustento previo también debe pedir manutención actual)
Mes /Año Mes /Año

INFORMACION DEL PADRE AUSENTE:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Empleador _____ Otros ingresos _____

(Seguro social / militar / Etc.)

Otra información importante que deberíamos saber:

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE
CONDADO DE DURHAM

EN EL TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
DIVISIÓN DE LA CORTE DE DISTRICTO
EXPEDIENTE #
IV-D #

El Condado de DURHAM
En nombre de

Demandante,

vs.

Demandado,

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS Y GASTOS
Apoyo RETRO

Yo _____, estando bajo juramento, digo que la información en la siguiente declaración es verdadera y completa.

Ingresos: Ingreso mensual bruto = \$ _____ (entrega últimos cuatro talones).

Número de hijos menores de 18 años en el hogar. _____

Número de niños y adultos en el hogar. _____ Número total en el hogar: _____

Lista de los nombres e edades de los niños menores de 18 años que viven con usted para cuales se solicita apoyo del demandado.

Nombre de niño	Edad	Nombre del niño	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Total- Lista los gastos total de Refugio (renta/hipoteca), Utilidades, Alimentos, Transporte, Medicos.

Porción Infantil- Divide los gastos por el número de personas que residen en el hogar.

*Solo niños en el caso- Indica la cantidad por niño por los cuales se solicita manutención.

Año 20____	Numero viviendo en el hogar No en este caso	Hogar Renta/Hipoteca		Utilidades Luz/Agua		Alimentos Para el Hogar		Transporte		Médicos		Guardería	Ropa	Almuerzo Escolar	Educación Cuentas escolares Matricula	Misc.	Total Gastos Mensuales
		Total	Porción Infantil	Total	Porción Infantil	Total	Porción Infantil	Total	Porción Infantil	Total	Porción Infantil	Solo niños en el caso	Solo niños en el caso	Solo niños en el caso	Solo niños en el caso	Solo niños en el caso	Porción Infantil Y Solo niños en el caso
Enero																	
Febrero																	
Marzo																	
Abril																	
Mayo																	
Junio																	
Julio																	
Agosto																	
Septiembre																	
Octubre																	
Noviembre																	
Diciembre																	

Por la presente certifico que las respuestas anteriores son verdadera, completa y exacta al mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma del declarante: _____
(Debe firmar en presencia de notario)

Fecha: _____

Jurado y Suscrito ante

Fecha: _____

Firma: _____

Para el notario sólo