COLORADO
Child Support Services
Department of Human Services

División de Servicios de Manutención de Menores de Colorado - Solicitud de servicios de manutención de menores
Colorado Division of Child Support Services - Application for Child Support Services

Por favor, llene esta solicitud lo mejor que pueda. Algunas secciones resaltadas en amarillo son obligatorias. Facilitar toda la información posible nos ayudará a dictar y hacer cumplir la orden de manutención de su hijo. Si no sabe las respuestas a las preguntas o no tiene la información, deje los campos en blanco. Puede plantear su situación específica ante su condado
Please complete this application to the best of your ability. Some sections highlighted in yellow are required. Providing as much information as possible will help us establish and enforce your child support order. If you do not know the answers to the questions, or do not have the information, leave the fields blank. You can discuss your specific situation with your county

Tarifa de servicio anual

La ley federal requería que CSS cobrará una tarifa de servicio anual. Si nunca ha recibido beneficios de TANF y recibe al menos $550 en manutención infantil cada año, se le cobrarán $35. Esta tarifa se deducirá de su pago de manutención infantil.
Annual Service Fee- Federal law required CSS to charge an annual service fee. If you have never received TANF benefits and you receive at least $550 in child support each year, you will be charged $35. This fee will be deducted from your child support payment.

Cuéntenos de usted
Tell Us About Yourself

Nombre legal
_____
Legal name

Nombre_____
_
First Name

Segundo nombre
_____
Middle Name

Apellido_____
_
Last Name

Apellido de soltera

_____

Maiden Name

Otros

_____

Other

Dato de CSS: "Otros" se refiere a otros apellidos que pueda haber utilizado. Esto comprende otros apellidos de casado/a, o el nombre que utilizaba antes de un cambio de nombre legal.

CSS Tip: "Other" means different last names you may have used. This includes other married last names, or the name used before a legal name change.

Fecha de nacimiento

_____

Date of birth

Número de identificación personal

_____

Personal Identification Number

(Número del Seguro Social o TIN [número de identificación del contribuyente]) Seleccione una opción. (Número del Seguro Social, número de identificación del contribuyente, no tengo uno)

(Social Security Number or TIN). Please select one. (Social Security Number, Taxpayer Identification Number, Do Not Have One)

Género

_____

Gender

(Masculino, femenino, otro)

(Male, Female, Other)

Origen étnico

_____

Ethnicity

(Asiático, negro, hispano, indígena estadounidense, otro, blanco)

(Asian, Black, Hispanic, Native American, Other, White)

¿Dónde nació?

Where were you born?

Ciudad

_____

City

Estado

_____

State

País

_____

Country

¿Cómo nos podemos poner en contacto con usted?
How can we reach you?

N.º de teléfono del domicilio:_____
Home Phone

Teléfono laboral

_____

Work Phone

Teléfono celular

_____

Cell Phone

¿Qué número desea que utilicemos para ponernos en contacto con usted?

_____

Which number would you like us to use to contact you?
(Teléfono particular, teléfono laboral, celular)
(Home Phone, Work Phone, Cell Phone)

¿Desea recibir mensajes de texto sobre su caso de manutención de menores?

_____

Would you like to receive text messages about your child support case?
(Sí, No)
(Yes, No)

Dirección de correo electrónico

_____

Email Address

¿Dónde vive actualmente?
Where do you live today?
Dato de CSS: No puede utilizar un apartado de correos como dirección del domicilio.
CSS Tip: You cannot use a PO Box as a residential address.

Dirección

_____

Street Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad

_____

City

Estado

_____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip

¿Puede recibir el correo electrónico aquí?
Can you receive mail here?

_____ Sí
Yes
_____ No
No

SI RESPONDIÓ QUE NO:
IF NO
Por favor indique una dirección en la que pueda recibir correo electrónico.
Please provide an address where you can receive mail

Dirección

_____

Street Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad

_____

City

Estado

_____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip

¿Trabaja actualmente?
Are you currently working?

____ Sí
Yes
____ No
No
____ Soy estudiante de tiempo completo
I am a full-time student

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES
¿Dónde trabaja? Indique el nombre de su empleador actual.
Where do you work? Please list the name of your current employer.

Nombre del empleador
_____
Employer Name

Dirección
_____
Address

Ciudad
_____
City

Estado _____
State

País
_____
Country

Código postal _____
Zip

SI RESPONDIÓ QUE NO:
IF NO

¿En qué fecha trabajó por última vez?
_____
What date did you last work?

¿Por qué está desempleado actualmente? Seleccione por lo menos una opción.
Why are you currently unemployed? Please select at least one option.

____ Discapacidad
Disability

____ Despido
Laid Off

____ Otra
Other

Por favor explique:
_____
Please Explain:

¿Cuándo se graduará?
_____
When will you graduate?

Contacto principal
Primary Contact
Dato de CSS: Se trata de alguien que siempre sabrá dónde está usted, incluso si se muda. Solo se contactará a esta persona si no es posible comunicarse con usted.
CSS Tip: This is someone who will always know where you are, even if you move. This person will only be contacted if you cannot be reached.

Nombre
_____
First Name

Apellido
_____
Last Name

Número de teléfono
_____
Phone Number

Dirección
_____
Street Address

Apartamento/número de unidad
_____
Apartment/Unit Number

Ciudad
_____
City

Estado _____
State

País

_____

Country

Código postal _____

Zip Code

Cuéntenos sobre el otro progenitor

Tell Us About the Other Parent

Esta persona tiene el parentesco siguiente con el menor o los menores:

This person is the child (ren's):

____ es la madre

Mother

____ es el padre

Father

____ es el padre probable (no se ha determinado la paternidad)

Possible Father (paternity has not been established)

Nombre legal

_____

Legal Name

Nombre

_____

First Name

Segundo nombre

_____

Middle Name

Apellido

_____

Last Name

Apellido de soltera

_____

Maiden Name

Otros

_____

Other

Dato de CSS: "Otros" se refiere a otros apellidos que una persona pueda haber utilizado. Esto comprende otros apellidos de casado/a, o el nombre que utilizaba antes de un cambio de nombre legal.

CSS Tip: "Other" means different last names a person may have used. This includes other married last names, or the name used before a legal name change.

Número de identificación personal

_____

Personal Identification Number

(Número del Seguro Social o TIN [número de identificación del contribuyente]) Seleccione una opción. (Número de la seguridad social, número de identificación del contribuyente, no tengo uno, no sé)

(Social Security Number or TIN). Please select one. (Social Security Number, Taxpayer Identification Number, Do Not Have One, Do Not Know)

Fecha de nacimiento

_____

Date of Birth

Edad aproximada si no se conoce la fecha de nacimiento

_____

Approximate Age if Date of Birth is Not Known

Género

_____

Gender

(Masculino, femenino, otro)

(Male, Female, Other)

¿Dónde nació el otro progenitor?

_____

Where was the other parent born?

Ciudad

_____

City

Estado _____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip Code

¿Cómo podemos ponernos en contacto con el otro progenitor?

How can we reach the other parent?

Teléfono del domicilio:

_____

Home Phone

Teléfono laboral

_____

Work Phone

Teléfono celular

_____

Cell Phone

Dirección de correo electrónico

_____

Email Address

¿Dónde vive actualmente el otro progenitor?
Where does the other parent live today?
Dato de CSS: No puede utilizar un apartado de correos como dirección del domicilio.
CSS Tip: You cannot use a PO Box as a residential address.

Dirección

_____

Street Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad

_____

City

Estado _____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip Code

¿Dónde trabaja el otro progenitor? Indique el nombre del empleador actual o del último conocido. Solo se necesita uno.
Where does the other parent work? Please list the name of the current or last known employer. Only one is needed.

Dirección

_____

Address

Ciudad

_____

City

Estado _____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip Code

Cuéntenos más sobre el otro progenitor para que podamos ayudar a localizarlo/a
Tell Us More About the Other Parent So We Can Help Locate Him or Her

Origen étnico _____

Ethnicity

(Asiático, negro, hispano, indígena estadounidense, blanco, otro)

(Asian, Black, Hispanic, Native American, White, Other)

Color del cabello

_____

Hair Color

(Negro, rubio, castaño, canoso, pelirrojo, blanco, otro)

(Black, Blonde, Brown, Gray, Red, White, Other)

Color de ojos

_____

Eye Color

(Negro, azul, marrón, verde, avellana, otro)

(Black, Blue, Brown, Green, Hazel, Other)

Estatura

_____

Height

Dato de CSS: La estatura y el peso pueden ser estimados.

CSS Tip: Height and weight can be estimated.

Peso

_____

Weight

¿Qué otras características identificativas tiene el otro progenitor?

_____

What other identifying markers does the other parent have?

_____

_

Dato de CSS: Podrían ser tatuajes, marcas de nacimiento o piercings.

CSS Tip: These could be tattoos, birthmarks or piercings.

Número de licencia de conducir

_____

Driver's License Number

Estado emisor

_____

Issuing State

Indique los vehículos que posea el otro progenitor:
List any vehicles owned by the other parent:

Modelo

_____

Model

Marca

_____

Make

Año

_____

Year

Color del vehículo

_____

Vehicle Color

Proporcione información sobre otros activos que pueda tener el otro progenitor. Dato de CSS: Los activos se definen como propiedades (bienes inmuebles), cuentas bancarias o una licencia de servicios profesionales.
Please provide information on any other assets the other parent may have. CSS Tip: Assets are defined as property (real estate), bank accounts or a professional services license.

_____

_

_____

_

¿El otro progenitor es discapacitado?
Is the other parent disabled?

____ Sí
Yes
____ No
No
____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

¿Recibe el otro progenitor Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) u otra ayuda?
Does the other parent receive Supplemental Social Security Income (SSI) or other assistance?

____ Sí
Yes
____ No
No
____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, proporcione más información sobre la ayuda adicional que recibe el otro progenitor, si la conoce.
IF YES. please provide more information on the additional support the other parent receives, if known.
_____
_

¿El otro progenitor fue alguna vez condenado a prisión?
Has the other parent ever been sentenced to prison?

____ Sí
Yes
____ No
No
____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Indique el nombre de la institución.
_____
Please provide the name of the facility

Número del Departamento Correccional
_____
Department of Corrections Number

¿Cuándo fue liberado de prisión el otro progenitor?
_____
When was the other parent released from prison?

¿El otro progenitor prestó servicio militar?
Has the other parent served in the military?

____ Sí
Yes
____ No
No
____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Cuerpo militar

_____

Military Branch
(Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Fuerza Espacial)
(Air Force, Army, Coast Guard, Marines, Navy, Space Force)

Cuéntenos más sobre la familia del otro progenitor
Tell Us More About the Other Parent's Family

¿Tiene información sobre la madre del otro progenitor?
Do you have information about the other parent's mother?

____ Sí
Yes
____ No
No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Nombre de la madre

_____

Mother's First Name

Apellido o nombre de soltera de la madre

_____

Mother's Last Name or Maiden Name

Número de teléfono de la madre

_____

Mother's Phone Number

Dirección _____
Street Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad _____
City

Estado _____
State

País _____
Country

Código postal _____

Zip Code

¿Tiene información sobre el padre del otro progenitor?
Do you have information about the other parent's father?

____ Sí
Yes
____ No
No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Nombre del padre
_____
Father's First Name

Apellido del padre
_____
Father's Last Name

Número de teléfono del padre
_____
Father's Phone Number

Dirección
_____
Street Address

Apartamento/número de unidad
_____
Apartment/Unit Number

Ciudad
_____
City

Estado
_____
State

País
_____
Country

Código
postal_____
Zip Code

Cuéntenos más sobre su relación con el otro progenitor
Tell Us More About Your Relationship with the Other Parent

¿Se casó alguna vez con el otro progenitor?
Were you ever married to the other parent?

____ Sí
Yes
____ No
No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

¿Cuál fue la fecha del matrimonio, unión de hecho o unión civil?
_____
What was the date of the marriage, common law marriage or civil union?

¿Dónde se celebró el matrimonio?
_____
Where did the marriage take place?

Fecha de separación
_____
Date of separation

Fecha de divorcio
_____
Date of divorce

¿En qué ciudad se presentó la solicitud de divorcio?
_____
In what city was the divorce filed?

¿En qué estado se presentó la solicitud de divorcio?
_____
In what state was the divorce filed?

¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto con el otro progenitor?
_____
When did you last have contact with the other parent?

¿El otro progenitor tiene otros hijos biológicos?
Does the other parent have other biological children?
____ Sí
Yes
____ No
No
____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:

IF YES

Indique los nombres de los hijos biológicos, si los conoce. Indique el nombre del otro progenitor del (de los) hijo(s) biológico(s), si lo sabe. ¿Hay alguna otra información que nos pueda ayudar a localizar al otro progenitor?

Please provide the names of the biological child (ren), if known. Please provide the name of the other parent of the biological child (ren), if known. Is there any other information that will help us locate the other parent?

_____

_

_____

_

_____

_

Cuéntenos sobre el menor o los menores que necesitan ayuda

Tell Us About the Child (ren) Who Need Support

	Menor 1 Child 1	Menor 2 Child 2	Menor 3 Child 3
Nombre legal Legal First Name			
Apellido Date of Birth			
Fecha de nacimiento Last Name			
Número de identificación personal (SSN o TIN, ninguno, desconocido) Personal Identification Number (SSN or TIN, none, unknown)			
Género (masculino, femenino, otro) Gender (Male, Female, Other)			
¿En qué ciudad nació el menor? What city was the child born in?			
¿En qué estado nació el menor? What state was the child born in?			
¿En qué país nació el menor? What country was the child born in?			

¿En qué condado se concibió al menor? **What county was the child conceived in?**			
¿En qué ciudad se concibió al menor? **What city was the child conceived in?**			
¿En qué estado se concibió al menor? **What state was the child conceived in?**			
¿En qué país se concibió al menor? **What country was the child conceived in?**			
¿Quién es la madre en la partida de nacimiento? **Who is the mother on the birth certificate?**			
	Menor 1 Child 1	Menor 2 Child 2	Menor 3 Child 3
¿Quién es el padre en la partida de nacimiento? **Who is the father on the birth certificate?**			
¿Se confirmó la filiación (paternidad)? (Sí, No o No sé) **Has parentage (paternity) been established? (Yes, No or Do not know)**			
¿Cómo se determinó la paternidad (prueba de ADN, reconocimiento de la paternidad u orden judicial)? **How was paternity established?(DNA testing, Acknowledgment of Paternity or Court Order)**			

¿El otro progenitor vivió alguna vez con el niño o le proporcionó manutención en Colorado? (Sí, No o No sé) **Has the other parent ever lived with or provided support for the child in Colorado? (Yes, No or Do not know)**			
¿Cuándo le proporcionó el otro progenitor manutención a este menor? **When did the other parent provide support for this child?**			
¿Dónde le proporcionó el otro progenitor manutención a este menor? **Where did the other parent provide support for this child?**			
¿Qué tipo de manutención le proporcionó el otro progenitor a este menor? **What type of support did the other parent provide for this child?**			
(dinero, ropa, alimentos, facturas médicas, facturas de la guardería, transporte u otras facturas) **(money, clothing, food, medical bills, daycare bills, transportation or other bills)**			
	Menor 1 Child 1	Menor 2 Child 1	Menor 3 Child 1

¿El menor recibió alguna vez asistencia pública de un estado o una tribu? (Sí, No o No sé) **Has the child ever received public assistance from a state or tribe? (Yes, No or Do not know)**			
¿Dónde recibió el menor asistencia pública? (indique el condado, el estado o la tribu) **Where did the child receive public assistance? (list the county, state or tribe)**			
¿Qué tipo de asistencia pública recibió el niño? (Hogar de acogida, Medicaid, TANF) **What type of public assistance did the child receive? (Foster Care, Medicaid, TANF)**			

Agregue más de tres menores en la parte inferior de esta solicitud
Add more than 3 kids at the bottom of this application

Cuéntenos más sobre su situación
Tell Us More About Your Situation

¿Tiene una orden judicial de manutención de menores vigente?
Do you have an existing court order for child support?

___ Sí
Yes
___ No
No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Nombre del tribunal donde se dictó la orden
_____
Name of the court where the order was established

Número de la orden de manutención de menores
_____
Child support order number

Ciudad

_____

City

Estado

_____

State

¿Cuándo fue la última vez que recibió la manutención?

_____

When did you last receive support?

¿Ya hay algún abogado que se ocupe de su caso?
Is an attorney already involved in your case?
Dato de CSS: No es obligatorio tener un abogado para solicitar o recibir servicios de manutención de menores.
CSS Tip: You are not required to have an attorney to apply for or receive child support services.

___ Sí
Yes
___ No
No

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES
Indique los datos de contacto de su abogado.
Please provide contact information for your attorney.

Nombre del bufete de abogados

_____

Name of Law Firm

Nombre

_____

First Name

Apellido

_____

Last Name

Teléfono

_____

Phone

Dirección

_____

Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad

_____

City

Estado _____

State

País

_____

Country

Código postal

_____

Zip Code

¿El otro progenitor tiene un abogado?
Does the other parent have an attorney?

____ Sí
Yes

____ No
No

____ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Nombre del bufete de abogados

_____

Name of Law Firm

Nombre

_____

First Name

Apellido

_____

Last Name

Teléfono

_____

Phone

Dirección

_____

Address

Apartamento/número de unidad
_____
Apartment/Unit Number

Ciudad
_____
City

Estado _____
State

País
_____
Country

Código postal
_____
Zip Code

Infórmenos sobre la cobertura del seguro médico de su(s) hijo(s)
Tell Us About Your Child (ren)'s Health Insurance Coverage

La legislación de Colorado exige que también se ordene el seguro médico cuando se dicta una nueva orden de manutención de menores. En la orden se indicará a la madre, al padre o a cualquiera de los progenitores como la persona que debe proporcionar la cobertura médica. Por favor, responda las preguntas siguientes para que podamos emitir la orden de manutención médica.
Colorado law requires health insurance to also be ordered when a new child support order is established. In the order, the mother, father or either parent will be listed as the person required to provide medical coverage. Please answer the following questions to help us establish your medical support order.

¿Su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en Colorado Medicaid?
Is your child (ren) enrolled in Colorado Medicaid?
___ Sí
Yes
___ No
No

SI RESPONDIÓ QUE NO:
IF NO

¿Su(s) hijo(s) tiene(n) otra cobertura de seguro médico? Marque todo lo que corresponda.
Does your child (ren) have other health insurance coverage? Select all that apply.

___ Seguro privado
Private insurance
___ Medicaid de otro estado
Medicaid from another state
___ Medicaid y seguro privado
Medicaid and private insurance
___ No

No
___ No sé
Do not know

SI RESPONDIÓ QUE SÍ:
IF YES

Por favor, proporcione información sobre la aseguradora de su(s) hijo(s).
Please provide information on your child's(ren) insurance provider.

Nombre de la compañía de seguros
_____
Name of insurance company

Dirección
_____
Street Address

Apartamento/número de unidad
_____
Apartment/Unit Number

Ciudad
_____
City

Estado
_____
State

Código postal
_____
Zip Code

Número de teléfono
_____
Phone Number

Número de póliza
_____
Policy Number

Número de grupo/identificación de socio
_____
Group Number/Member ID

Fecha de inicio de la cobertura
_____
Date coverage began

Tipo de cobertura

_____

Type of Coverage
(Dental, médica, otra, vista)
(Dental, Medical, Other, Vision)

¿Quién paga la cobertura del seguro médico?
Who pays for the health insurance coverage?

___Usted
You
___El otro progenitor
The other parent
___Otro
Other

OTRO
OTHER

Nombre _____
First Name

Apellido

_____

Last Name

Dirección

_____

Street Address

Apartamento/número de unidad

_____

Apartment/Unit Number

Ciudad

_____

City

Estado _____
State

País _____
Country

Código postal

_____

Zip Code

Número de teléfono

_____

Phone Number

Número de identificación personal

_____

Personal Identification Number

(Número del Seguro Social o TIN [número de identificación del contribuyente]) Seleccione una opción. (Número de la seguridad social, número de identificación del contribuyente, no tengo uno, no sé) (Social Security Number or TIN). Please select one. (Social Security Number, Taxpayer Identification Number, Do Not Have One, Do Not Know)

¿Cuál es la relación de esta persona con los menores que cuentan con el seguro médico?_____

How is this person related to the children receiving health insurance?

Términos y condiciones

Terms and Conditions

Al firmar con mi nombre a continuación, presento mi solicitud de servicios de manutención de menores a la División de Servicios de Manutención de Menores de Colorado. Con la presentación de este formulario, entiendo que:

By signing my name below, I am submitting my application for child support services to the Colorado Division of Child Support Services. By submitting this form, I understand:

CSS representa a la población del estado de Colorado. No existe ningún tipo de relación o privilegio entre abogado y cliente ni entre ninguna de las partes ni con el personal del CSS.

CSS represents the People of the State of Colorado. No attorney-client relationship or privilege exists between either party or the CSS staff.

CSS no se encarga de acuerdos de custodia, derechos de visita ni acuerdos sobre bienes.

CSS does not handle custody arrangements, parenting time (visitation) or property settlements.

CSS no aceptará la solicitud de servicios si todos los menores vinculados al solicitante se emanciparon (dejaron el hogar).

CSS will not accept the application for services if all the children associated with the applicant have emancipated (left home).

CSS no impondrá la manutención del cónyuge después de que cese la orden de manutención de menores vigente.

CSS will not enforce spousal maintenance once the current child support order ends.

Si se produce un cambio que pudiera causar el ajuste del importe de la orden (por ejemplo, financiero o médico), CSS o cualquiera de las partes implicadas puede iniciar una modificación (cambio).

If there is a change that could cause the amount of the order to be adjusted (e.g. financial or medical), a modification (change) may be initiated by CSS or by any one of the parties involved.

CSS define las acciones oportunas que se utilizarán cuando se presten los servicios. Cada oficina de manutención de menores del condado de Colorado determina cómo se gestionan los casos específicos de manutención de menores.

CSS determines the appropriate actions to be used when providing services. Each Colorado county child support office determines how specific child support cases are handled.

Si tengo una discapacidad o necesito más apoyo al amparo de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, debo ponerme en contacto con la oficina de manutención de menores de mi condado para recibir ayuda.
If I have a disability or need additional support under the Americans with Disabilities Act, I must contact my county child support office for assistance.

Debo notificar por escrito a CSS para suspender los servicios de manutención de menores. El caso puede permanecer abierto si mis hijos reciben asistencia pública o si se adeudan pagos asignados atrasados (pagos pendientes). CSS también puede cerrar mi caso si así lo exigen las normas estatales y federales.
I must notify CSS in writing to stop child support services. The case may remain open if my children receive public assistance or if assigned arrears (outstanding payments) are owed. CSS may also close my case if required by state and federal regulations.

Debo facilitar a CSS la información necesaria para poder dictar y hacer cumplir la orden de manutención de mi hijo. Mi caso podría retrasarse si no se recibe esta información o si interviene otro estado.
I must provide CSS with the information needed to establish and enforce my child support order. My case may be delayed if this information is not received and/or if another state becomes involved.

Estoy obligado/a a colaborar con CSS. Si no lo hago, mi caso se podría cerrar.
I am required to cooperate with CSS. If I do not, my case may be closed.

Los cuidadores/familiares (por ejemplo, abuelos, tíos, hermanos adultos, padrastros, etc.) que soliciten la manutención de menores, deben iniciar un caso contra ambos padres biológicos. CSS no puede cerrar solo uno de los dos casos contra los padres biológicos.
Caretaker/relatives (e.g., grandparent, aunt, uncle, adult sibling, stepparent, etc.) applying for child support, must open a case against both biological parents. CSS is unable to close only one of the two cases against the biological parents.

Es posible que se me exija que complete y firme un documento legal por el que acepte el monto de la manutención de menores adeudada (si hay una orden de manutención de menores vigente).
I may be required to complete and sign a legal document agreeing to the amount of child support arrears owed (if there is a current child support order).

Notificaré por escrito a CSS si ocurriera alguna de las situaciones siguientes. De no hacerlo, se podrían ver afectados mis pagos de manutención de menores o médica.
I will notify CSS in writing if any of the following occurs. If I do not, my medical or child support payments may be affected.

- Cambio de nombre legal, dirección del domicilio o postal, números de teléfono o de contacto, lugar de trabajo o seguro médico.
  Change to legal name, residence or mailing address, telephone or contact numbers, place of employment or health insurance.
- Cualquier cambio similar sobre la otra parte.
  Any similar changes about the other party
- Si los pagos de manutención de menores se hacen directamente al progenitor que tiene la custodia en lugar de hacerlo a través del Registro de Manutención Familiar (*Family Support Registry*, FSR).
  If child support payments are made directly to the custodial parent instead of through the Family Support Registry (FSR).
- Si el hijo ya no vive con el progenitor que tiene la custodia, o si el hijo vive ahora con el otro progenitor o con un cuidador.

If a child no longer lives with the custodial parent, or if the child is now living with the other parent or a caretaker.

- Si se modifica el régimen de visitas durante más de un mes.
  If parenting time (visitation) changes for longer than one month.
- Si se contrata a un abogado privado o a una agencia de cobranza privada para que ayude con el cobro de la manutención de menores, el régimen de visitas o la custodia de los padres.
  If a private attorney or private collection agency is hired for help with child support collection, parenting time or parental custody.
- Si se interpone una demanda ante un tribunal en la que CSS no estaba involucrado (por ejemplo, separación, divorcio, custodia, etc.).
  If an action has been filed with a court that CSS was not involved with (e.g., separation, divorce, custody, etc.).

Estoy obligado/a a devolver el dinero que reciba de CSS por error.
I am required to return any money I receive from CSS by mistake.

Una vez que reciba un número de cuenta de FSR, el envío o la recepción de un pago directo puede dar lugar al cierre de mi caso.
Once I receive an FSR account number, sending or receiving direct payment may result in my case being closed.

CSS presentará un estado de cuenta anual en el que se resumirá el monto de la manutención de menores que se haya cobrado. Tengo la posibilidad de recibir la información por correo electrónico si elijo esta opción.
CSS will provide a yearly statement summarizing the amount of child support that has been collected. I have an opportunity to receive the information through email if I choose this option.

___ Certifico por este medio que he proporcionado personalmente toda la información que aparece en este documento y que es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
___ I hereby certify that I personally have provided all information in this document and it is true and correct to the best of my knowledge and belief.

FIRMA _____ **FECHA** _____

SIGNATURE_____**DATE**_____

	Menor 4 Child 4	Menor 5 Child 5	Menor 6 Child 5
Nombre legal **Legal First Name**			
Apellido **Last Name**			
Fecha de nacimiento **Date of Birth**			

Número de identificación personal (SSN o TIN, ninguno, desconocido) Personal Identification Number (SSN or TIN, none, unknown)			
Género (masculino, femenino, otro) Gender (Male, Female, Other)			
¿En qué ciudad nació el menor? What city was the child born in?			
¿En qué estado nació el menor? What state was the child born in?			
¿En qué país nació el menor? What country was the child born in?			
¿En qué condado se concibió al menor? What county was the child conceived in?			
¿En qué ciudad se concibió al menor? What city was the child conceived in?			
¿En qué estado se concibió al menor? What state was the child conceived in?			
¿En qué país se concibió al menor? What country was the child conceived in?			
¿Quién es la madre en la partida de nacimiento? Who is the mother on the birth certificate?			

¿Quién es el padre en la partida de nacimiento? Who is the father on the birth certificate?			
	Menor 4 Child 4	Menor 5 Child 5	Menor 6 Child 6
¿Se confirmó la filiación (paternidad)? (Sí, No o No sé) Has parentage (paternity) been established? (Yes, No or Do not know)			
¿Cómo se determinó la paternidad (prueba de ADN, reconocimiento de la paternidad u orden judicial)? How was paternity established?(DNA testing, Acknowledgment of Paternity or Court Order)			
¿El otro progenitor vivió alguna vez con el niño o le proporcionó manutención en Colorado? (Sí, No o No sé) Has the other parent ever lived with or provided support for the child in Colorado? (Yes, No or Do not know)			
¿Cuándo le proporcionó el otro progenitor manutención a este menor? When did the other parent provide support for this child?			

¿Dónde le proporcionó el otro progenitor manutención a este menor? **Where did the other parent provide support for this child?**			
	Menor 4 Child 4	Menor 5 Child 5	Menor 6 Child 6
¿Qué tipo de manutención le proporcionó el otro progenitor a este menor? (dinero, ropa, alimentos, facturas médicas, facturas de la guardería, transporte u otras facturas) **What type of support did the other parent provide for this child? (money, clothing, food, medical bills, daycare bills, transportation or other bills)**			
¿El menor recibió alguna vez asistencia pública de un estado o una tribu? (Sí, No o No sé) **Has the child ever received public assistance from a state or tribe? (Yes, No or Do not know)**			
¿Dónde recibió el menor asistencia pública? (indique el condado, el estado o la tribu) **Where did the child receive public assistance? (list the county, state or tribe)**			
¿Qué tipo de asistencia pública recibió el niño? (Hogar de acogida, Medicaid, TANF) **What type of public assistance did the child receive? (Foster Care, Medicaid, TANF)**			

SERVICIOS HUMANOS DE DENVER
FORMULARIO DE PERMISO DE COMMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

¡Nos encantaría estar en contacto con usted!
Si eres como nosotros, los mensajes de texto y los correos electrónicos suelen ser más fáciles de recibir que las llamadas telefónicas o el correo. Este formulario le permite optar por recibir o no recibir mensajes de texto y/o comunicaciones por correo electrónico de Servicios Humanos de Denver. Lea este formulario completo antes de registrarse. Queremos que toda nuestra comunicación con usted sea lo más seguro posible.*

INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE EL CORREO ELECTRÓNICO Y LOS MENSAJES DE TEXTO:

a. Servicios Humanos de Denver nunca solicitará ni proporcionará información de identificación personal (PII) o información de salud protegida (PHI) a través de mensajes de texto.
b. Los correos electrónicos de Servicios Humanos de Denver que contengan PII y/o PHI siempre se enviarán encriptados. Los clientes que respondan a estos correos electrónicos recibirán encriptación automática.
c. Puede optar por no participar revocando su consentimiento por escrito a Servicios Humanos de Denver en cualquier momento.
d. Servicios Humanos de Denver no es responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por usted o cualquier tercero.

Es su responsabilidad hacer un seguimiento y/o programar una cita si es necesario.

OPTAR EN: Seleccione las comunicaciones electrónicas que le gustaría recibir. Si la casilla de verificación se deja en blanco, no recibirá este tipo de comunicación.

Mensajes de texto:

☐ Mensajes de texto relacionados con los servicios que estoy recibiendo de Servicios Humanos de Denver.
☐ Mensajes de texto sobre eventos gratuitos, programas locales y recursos de Servicios Humanos de Denver.

Número de teléfono para recibir mensajes de texto: _____

Correo electrónico:

☐ Correos electrónicos relacionados con los servicios que estoy recibiendo de Servicios Humanos de Denver.
☐ Mensajes de correo electrónico sobre eventos gratuitos, programas locales y recursos de Servicios Humanos de Denver.

Dirección de correo electrónico para recibir mensajes de correo electrónico:

_____

OPTAR POR NO:

☐ No deseo recibir ningún correo electrónico o comunicación de texto de Servicios Humanos de Denver.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL CLIENTE:
Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos descritos anteriormente y acepto las condiciones descritas anteriormente. Además, entiendo que los proveedores de servicios pueden imponer cargos. Servicios Humanos de Denver no es responsable de estos cargos.

Nombre del cliente:_____

Firma del cliente:_____ Fecha: _____

CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJES DE TEXTO:
Servicios Humanos de Denver utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de mensajes de texto enviada y recibida; sin embargo, debido a los riesgos descritos a continuación, no podemos garantizar la confidencialidad y seguridad de los mensajes de texto y correos electrónicos. Por lo tanto, los clientes deben otorgar permiso específico para el uso de correo electrónico y mensajes de texto.

**** ALGUNOS DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO Y LOS MENSAJES DE TEXTO:**

a. Los mensajes de correo electrónico y de texto se pueden distribuir, reenviar o almacenar en archivos electrónicos.
b. Los remitentes de correos electrónicos y mensajes de texto pueden desviar fácilmente un correo electrónico o mensaje de texto y enviar la información a un destinatario no deseado o no deseado.
c. Los mensajes de correo electrónico y de texto pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
d. El correo electrónico y los mensajes de texto pueden no ser seguros y, por lo tanto, es posible que un tercero infrinja la confidencialidad de dichas comunicaciones.
e. Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos y mensajes de texto incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
f. Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos y mensajes de texto incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
g. Los correos electrónicos y los mensajes de texto se pueden usar como evidencia en la corte.
h. Los correos electrónicos y los mensajes de texto se pueden perder durante la transmisión.

STATEMENT OF INFORMATION

Declaración de información

Previous Public Assistance / Asistencia pública anterior

☐ **Yes, I have received TANF or AFDC cash assistance in the state of** _____**.**
Si, he recibido TANF o AFDC asistencia de dinero efectivo en el estado de
From/Desde_____ (**date**/fecha) **to**/hasta _____ (**date**/fecha).

☐ **No**

Conflict of Interest / Conflictos de interés

Do you know anyone who works for Child Support Services or for the Denver City Attorney's Office? / *Conoce a alguien empleado por la oficina de Manutención de Menores o por la oficina del Abogado Municipal para la ciudad de Denver?*

☐ **Yes (Please complete the Conflict of Interest Questionnaire**) / *Si (por favor complete el cuestionario de conflictos de interés)*

☐ **No**

Should you determine a conflict of interest at a later date, you are required to report this to your Child Support worker immediately. Failure to report a potential conflict of interest could hinder your ability to access our services in an expedient manner. / *Si determina un conflictos de interés en el futuro, usted está obligado a reportarlo inmediatamente a su trabajador de Manutención de Menores. El fracaso de relatar un conflictos de interés podría impedir su capacidad de tener acceso a nuestros servicios en una manera expedita.*

Nondisclosure of Information / No divulgación de información

I believe the release of my and/or the child(ren)'s address, and/or other identifying information would unreasonably put me and/or the child(ren)'s health, safety, or liberty at risk. / Yo creo que la divulgación de mi dirección de residencia y/o de mi(s) niño(s), y/o otros datos identificativos, irrazonablemente pondrán a mí, y/o el/los niño(s), en riesgo de salud, seguridad, o libertad.

☐ **Yes**

☐ **No**

I do hereby state under penalty of perjury that the following information is true and correct. I also understand that this statement will be used in court and may affect the Child Support entered in this case. / *Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proveído en esta declaración es correcta y verdadera. También entiendo que esta declaración jurada se usará en el tribunal y puede afectar la orden de Manutención de Menores en este caso.*

_____ _____ _____

Printed Name (nombre completo en letra imprenta) **Signature** (Firma) **Date** (Fecha)

CDHS
Colorado Department of Human Services

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

Nombre _____ Numero de seguro social _____

Dirección_____ Fecha de Nacimiento_____

Ciudad _____Estado_____ Cod. Postal_____ Tel.: _____

Identifique a su empleador en la casilla siguiente. Si no está empleado actualmente, por favor proporcione información sobre su empleador más reciente. Determine su salario por hora o ingresos mensuales al momento de dejar de trabajar.

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ Fecha de Terminación: _____

1. INGRESOS BRUTOS MENSUALES:(Salario por Hora= $_____) ($ _____ por mes)
2. (Incluya ingresos de sueldos, comisiones, bonos, dividendos, pensiones, ingresos de fiduciarios, de intereses, beneficios del Seguro Social, beneficios de compensación para trabajadores, pagos de contratos independientes, trabajo autónomo, derecho de propiedad de un negocio, ingresos por alquiler, beneficios de desempleo, beneficios por discapacidad, pagos en forma de bienes/servicio; como renta gratuita o comidas gratis.) Adjunte talones de pago y la declaración de impuestos más reciente del IRS, con el Formulario 1040 y todos los documentos de respaldo declarados con el IRS.

   A. Ordenes de manutención infantil que usted paga mensualmente $_____

   B. Manutención conyugal que usted paga mensualmente $_____

3. INGRESOS BRUTOS MENSUALES AJUSTADOS $_____
4. Número de niños a los que está legalmente obligado a mantener y por los cual no existe una obligación ordenada por el tribunal (sin incluir a sus hijastros). Adjunte Actas de Nacimiento que muestren su paternidad. _____
5. Número de noches que los niños en este asunto pasan con usted cada año, tal como fue declarado en su orden judicial de custodia/visitas (si fue ordeno) _____

6. CRÉDITOS PERMITIDOS

   A. Promedio mensual de costos por cuidado de niños debido a su empleo. (Adjunte comprobante) $_____

   B. Promedio mensual de gastos médicos extraordinarios. (Adjunte comprobantes) (incluya gastos no cubiertos por su seguro médico que superen los $ 100.00 mensuales. Solo para los niños de este caso). $_____

   C. Promedio mensual de pagos por seguro médico y / o dental (incluya la cantidad pagada mensualmente solo para los niños de este caso). Adjunte comprobante de la cobertura médica y del costo $_____

Yo juro que esta información es verdadera y completa según entiendo:

Firma: _____

_____

DECLARATION OF CUSTODIAN AS TO MINOR CHILD(REN)

Declaración del Tutor con Respecto al Infante(s) Menor(es) de Edad

Household Number: _____ **Docket Number**: _____
Número del Caso del Departamento Número del Caso de la Corte

Telephone Number: _____ **Email Address**: _____
Número de Teléfono Dirección de Correo Electrónico

Name of Children / Nombre(s) del Infante(s)	**Date of Birth** / Fecha de Nacimiento	**Child Has Been In My Care from The Following Date:** El/los infante(s) ha(n) estado bajo mi cuidado a partir de la siguiente fecha:	**Relationship to Child** Relación con el/los infante(s)

Home Address / Dirección residencial:

City/Ciudad **State/**Estado **Zip Code**/Código postal

I do hereby state under penalty of perjury that the following information is true and correct. I also understand that this Declaration will be used in court and may affect the child support entered in this case.
Yo declaro, bajo pena de perjurio, que la siguiente información es verdadera y correcta. También comprendo que esta Declaración será utilizada en el tribunal y puede afectar la manutención de menores impuesta en este caso.

Printed Name of Custodial Party Nombre Impreso de la Parte con Custodia	**Signature of Custodial Party** Firma de la Parte con la Custodia	**Date** Fecha

DECLARACIÓN DE ATRASOS/PAGOS DIRECTOS

Historial de pagos para padres sin custodia (NCP)

Nombre de NCP:

¿Para qué tipo de soporte se completa este documento? **(Si ambos la manutención infantil como la manutención del cónyuge fue ordenada, por favor utilice formularios separado para cada tipo de soporte). Por favor seleccione UNA caja:**

☐ Manutención infantil ☐ Manutención conyugal

¿He recibido pagos directamente del NCP? **Por favor marque UNA caja**:

☐ Sí (En caso afirmativo, comience con el mes/año más reciente) ☐ No (Si no, pase a la Declaración en la parte inferior)

Año: Seleccionar año			**Año:** Seleccionar año			**Año:** Seleccionar año		
Mes	Monto Adeudado	Cantidad Pagada	**Mes**	Monto Adeudado	Cantidad Pagada	**Mes**	Monto Adeudado	Cantidad Pagada
Ene			Ene			Ene		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Abr			Abr			Abr		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Ago			Ago			Ago		
Set			Set			Set		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dic			Dic			Dic		
TOTAL	$0.00	$0.00	**TOTAL**	$0.00	$0.00	**TOTAL**	$0.00	$0.00

Año: Seleccionar año			**Año:** Seleccionar año			**Año:** Seleccionar año		
Mes	Monto Adeudado	Cantidad Pagada	**Mes**	Monto Adeudado	Cantidad Pagada	**Mes**	Monto Adeudado	Cantidad Pagada
Ene			Ene			Ene		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Abr			Abr			Abr		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Ago			Ago			Ago		
Set			Set			Set		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dic			Dic			Dic		
TOTAL	$0.00	$0.00	**TOTAL**	$0.00	$0.00	**TOTAL**	$0.00	$0.00

Declaración: Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta declaración es verdadera y correcto a mi leal saber y entender y las declaraciones contenidas en este documento se hacen con el propósito establecido en este documento, que incluye, entre otros, la obtención de asistencia en la paternidad y el establecimiento del orden, y la aplicación y distribución de la manutención infantil. Al firmar esta solicitud, reconozco las responsabilidades como en la lista y estoy de acuerdo con los servicios que proporciona la División de Servicios de Manutención Infantil.

Nombre del solicitante (por favor imprimir)

Firma del solicitante **Fecha:**