

HOW WE WORK TOGETHER CÓMO TRABAJAMOS JUNTOS

INICIALES
_____ CSE represents the People of the State of Colorado. No attorney-client relationship or privilege exists between either party and the CSE staff.
La CSE representa al pueblo del estado de Colorado. No existe una relación o privilegio de abogado-cliente entre ninguna de las partes y el personal de la CSE.

INICIALES
_____ CSE does not handle parental responsibility (custody), parenting time (visitation), or property settlement.
La CSE no se encarga de temas de responsabilidades de los padres (custodia), tiempo para la crianza de los hijos (visitas) ni arreglos de separación de bienes.

INICIALES
_____ CSE will not accept the application for services if all the children associated with the applicant are emancipated.
La CSE no aceptará la solicitud de servicios si todos los hijos del solicitante ya se han emancipado.

INICIALES
_____ CSE determines the appropriate actions to be used when providing services.
La CSE determina cuáles son las acciones apropiadas que se deben aplicar al prestar los servicios.

INICIALES
_____ If you believe that there is a change that could cause an adjustment to the amount of the order (e.g. financial, medical, etc.), you may submit a written request for a review.
Si usted cree que hay un cambio que podría dar lugar a un ajuste del monto de la orden (por ejemplo, de orden económico, médico, etc.), puede presentar una solicitud por escrito para que sea estudiada.

INICIALES
_____ A written request from the applicant to stop CSE services may be made. However, if you are receiving TANF or assigned arrears are owed, the case may remain open. CSE may also close your case by using criteria established by current state and federal regulations (e.g. not being able to locate you, you do not supply a forwarding address, you do not provide required documents to take the next step to work your case, etc.).
El solicitante puede presentar una solicitud por escrito para que la CSE deje de prestarle servicios. Sin embargo, si usted está recibiendo TANF o si se deben pagos atrasados asignados, es posible que el caso siga abierto. La CSE también podrá cerrar su caso conforme a los criterios establecidos en la reglamentación federal y estatal actual (por ejemplo, si no podemos localizarlo, si usted no suministra una dirección para el envío de correspondencia, si usted no presenta la documentación necesaria para poder dar el siguiente paso en el procesamiento de su caso, etc.).

INICIALES
_____ Each individual county determines optional services. Inquire about services available in the county of application.
Cada condado determina sus propios servicios opcionales. Pregunte qué servicios hay en el condado donde realiza su solicitud.

INICIALES Arrears owed to the custodial party are paid before TANF arrears are paid to the State of Colorado, unless there is a federal tax intercept.
Los pagos atrasados que se le deben a la parte que tiene la custodia se efectúan antes de pagar los montos atrasados por TANF al estado de Colorado, a no ser que haya una interceptación de los impuestos federales.

INICIALES If a payment is sent in error or is unfunded (i.e. bounced check), it is your responsibility to pay back the unfunded amount. You may repay in full, or CSE will deduct 10% or \$10.00 (whichever is greater) from each payment received until the balance is paid in full. The non-custodial parent will still owe the unfunded amount.
Si se envía un pago por error o sin fondos (es decir, un cheque devuelto), es su responsabilidad pagar dicha cantidad. Usted podrá pagarla en su totalidad, o bien, la CSE deducirá un 10% o \$10.00 (la suma que sea mayor) de cada pago recibido hasta que se haya pagado el saldo en su totalidad. El padre que no tiene la custodia todavía deberá la cantidad para la que no había fondos.

INICIALES Once a Family Support Registry (FSR) account number has been assigned, sending or receiving direct payment may result in case closure. Note: the FSR is the central payment processing center for Colorado.
Una vez que se le haya asignado un número de cuenta del Registro de Manutención Familiar (el FSR), enviar o recibir un pago directo podrá ocasionar que el caso se cierre. Nota: el FSR es la central de procesamiento de pagos en Colorado.

INICIALES Federal law requires CSE to withhold \$25.00 one time each year from the child support collected on a non-public assistance case, if over \$500.00 is collected during the year.
La ley federal exige que la CSE descuente \$25 una vez al año de la manutención de menores cobrada en los casos donde no ha habido asistencia pública, si se han cobrado más de \$500 durante el año.

The provision of your Social Security Number (SSN) is mandatory (§42 U.S.C. 666(a) (13)). However, if you do not have a SSN, your application for services will not be denied. SSNs are used by the CSE Program to locate individuals to establish paternity or support obligations, modify and enforce support obligations, and to distribute child support payments.

Es obligatorio suministrar su número de seguro social. Sin embargo, si usted no tiene un número de seguro social, no se le negará su solicitud de servicios. El programa de la CSE utiliza los números de seguro social para localizar a las personas y establecer las obligaciones de paternidad o manutención, modificar y hacer cumplir las obligaciones de manutención, así como para distribuir los pagos de manutención de menores.

Confidentiality laws protect all information provided to CSE. CSE offices throughout the United States and some countries have access to this information through State and Federal Child Support Case Registries. If family/domestic violence is an issue, you must alert CSE to further safeguard this information.

Las leyes de confidencialidad protegen toda la información suministrada a la CSE. Las oficinas de la CSE en los Estados Unidos y algunos países tienen acceso a esa información por medio de los registros de casos de manutención de menores estatal y federal. Si existe un problema de violencia intrafamiliar o violencia doméstica, usted deberá alertar a la CSE para proteger mejor dicha información.

Print Legal Name: _____

Escriba su nombre legal en letra de molde

Signature of applicant: _____

Firma del solicitante

Date: _____

Fecha

For more child support information and additional forms you may visit our website at:
Para mayor información y para obtener formularios adicionales visite nuestra página web:

www.childsupport.state.co.us

CUSTODIAL PARTY (CP) INFORMATION DATOS DE LA PARTE QUE TIENE LA CUSTODIA

Legal Name: _____
Nombre legal *Las/Apellido* *First/Primer nombre* *Middle/Segundo nombre* *Maiden/Other/Apellido de soltera/otro*

Social Security #: _____ Date of Birth: _____
Número de seguro social *Fecha de nacimiento* *Gender: M F*
Sexo: Masc. Fem.

Place of Birth: _____
Lugar de nacimiento *City/Ciudad* *State/Estado* *County/Condado*

Residence address: _____
Domicilio *Street/Calle* *Apt./Unit/Apto.o unidad* *City/Ciudad* *State/Estado* *Zip/Código postal*

Mailing address (if different): _____
Dirección postal (si es diferente) *Street/Calle* *Apt./Unit/Apto.o unidad* *City/Ciudad* *State/Estado* *Zip/Código postal*

Phone Numbers:

Home _____ Work _____ Cell _____ Fax _____
Casa *Trabajo* *Celular* *Fax*

Message # _____ Email _____
Teléfono para dejar mensajes *Correo electrónico*

Employer and/or Union:

Employer or sindicato _____
Empleador o sindicato *Name/Nombre*

Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____
Occupation or Trade *Ocupación u oficio*

Is it okay to make contact you at work? Yes No Work Schedule: _____
¿Podemos comunicarnos con usted en su trabajo? *Si No Horario de trabajo*

Relationship to the child(ren): Mother Father Other, explain _____
Relación con los niños: *Madre Padre Otro, explique*

When was custody of the child(ren) obtained? _____
¿Cuándo obtuvo la custodia de los niños?

What was the situation (leading to obtaining custody)? _____
¿Cuál fue la situación (que le llevó a obtener la custodia)?

Is there currently an attorney involved in this child support case? Yes No
¿Hay un abogado actualmente en este caso de manutención de menores? *Si No*

If yes: Attorney's information: _____
Si lo hay, datos del abogado *Name/Nombre*

Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____ Telephone/Teléfono _____

Have the child(ren) received public assistance? Yes No
¿Han recibido los niños asistencia pública? *Si No*

If yes: Type received: TANF Medicaid Foster Care
Si es así, tipo de asistencia: *TANF Medicaid Hogar sustituto*

What County/State: _____ Begin/End Date: _____
¿En qué condado o estado? *Fecha de inicio y fin*

If you are the mother, are you pregnant? Yes No. If yes: What is the due date? _____
Si usted es la madre, ¿está embarazada? *Si No. Si lo está, ¿cuándo se espera que nazca su hijo?*

Who is the father? _____
¿Quién es el padre?

Emergency Contact (if CP can't be reached): _____
Contacto de emergencia (ni no se localiza al padre que tiene la custodia) *Name/Nombre*

Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____ Telephone/Teléfono _____

NON-CUSTODIAL PARTY (NCP) INFORMATION DATOS DE LA PARTE QUE NO TIENE LA CUSTODIA

Legal Name: _____
Nombre legal Last/Apellido First/Primer nombre Middle/Segundo nombre Maiden/Other/Apellido de soltera/otro

Relationship to the child(ren): Mother Father Alleged Father (paternity not established)
Relación con los niños: Madre Padre Presunto padre (no se ha establecido la paternidad)

Social Security #: _____ Date of Birth: _____ Gender: M F
Número de seguro social Fecha de nacimiento Sexo: Masc. Fem.

Place of Birth: _____
City/Ciudad State/Estado County/Condado

Current or Last Known residence address: _____
Domicilio actual o última dirección conocida Street/Calle Apt./Unit/Apto.o unidad

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____

Mailing address (if different): _____
Dirección postal (si es diferente) Street/Calle Apt./Unit/Apto.o unidad City/Ciudad State/Estado Zip/Código postal

Phone Numbers: Teléfonos

Home _____ Work _____ Cell _____ Fax _____
Casa Trabajo Celular Fax

Message # _____ Email _____
Teléfono para dejar mensajes Correo electrónico

Employer and/or Union: _____
Empleador o sindicato Name/Nombre

Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____

Occupation or Trade _____
Ocupación u oficio

Physical Description: _____ Height _____ Weight _____ Hair Color _____ Eye Color _____
Descripción física: Estatura Peso Color cabello Color ojos

Identifying Marks (i.e., scars, tattoos, piercing ...) _____
Marcas identificativas (como cicatrices, tatuajes, perforaciones, etc.)

Race: Caucasian African American Hispanic Asian Other _____
Raza: Caucásico Afroamericano Hispano Asiático Otro

In prison? Yes No Date of release _____
¿En prisión? Sí No Fecha de salida

Which facility? _____ DOC# _____
¿En cuál penitenciaría está? N°. en el Departamento Correccional

In the military? Yes No
¿En el servicio militar? Sí No

Branch _____
División

Disabled? Yes No
¿Está discapacitado? Sí No

If yes, receive Social Security? Yes No
Si lo está, ¿recibe seguridad social? Sí No

List any assets (i.e., real estate, bank accounts, and license to work a profession ...)
Bienes (es de clar, inmuebles, cuentas bancarias y licencia para trabajar en una profesión)

List any vehicles (Model, make, year and color)
Vehículos (línea, marca, año y color)

Driver's License Number:
Número de licencia de conducir

State:
Estado

List any other biological child(ren)
Nombres de cualquier otro hijo biológico

Child(ren)'s other biological parent
Nombre del otro padre biológico de los niños

NCP's Mother's information:
Datos de la madre del padre que no tiene la custodia:

Name/Nombre

Address/Dirección

Telephone/Teléfono

NCP's Father's information:
Datos del padre del padre que no tiene la custodia:

Name/Nombre

Address/Dirección

Telephone/Teléfono

Is there any other information that may help us locate the other party?
¿Hay alguna otra información que nos pueda ayudar a localizar a la otra parte?

Emergency Contact (if NCP can't be reached):

Contacto de emergencia (ni no se localiza al padre que tiene la custodia)

Name/Nombre

Address/Dirección

City/Ciudad

State/Estado

Zip/Código postal

Telephone/Teléfono

CHILD(REN)'S INFORMATION DATOS DE LOS NIÑOS

	Child 1 <i>Niño 1</i>	Child 2 <i>Niño 2</i>	Child 3 <i>Niño 3</i>
Legal Name <i>Nombre legal</i>			
Gender (M or F) <i>Sexo (M o F)</i>			
Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>			
Social Security Number <i>Número de seguro social</i>			
City & State of Birth <i>Ciudad y estado de nacimiento</i>			
State or County of Conception <i>Estado o país de concepción</i>			
Who are listed as the Parents on the Birth Certificate? <i>¿Quiénes figuran como padres en el acta de nacimiento?</i>			
Child Support Order #, County and State <i>Nº. de la orden de manutención condado y estado</i>			
	Child 4 <i>Niño 4</i>	Child 5 <i>Niño 5</i>	Child 6 <i>Niño 6</i>
Legal Name <i>Nombre legal</i>			
Gender (M or F) <i>Sexo (M o F)</i>			
Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>			
Social Security Number <i>Número de seguro social</i>			
City & State of Birth <i>Ciudad y estado de nacimiento</i>			
State or County of Conception <i>Estado o país de concepción</i>			
Who are listed as the Parents on the Birth Certificate? <i>¿Quiénes figuran como padres en el acta de nacimiento?</i>			
Child Support Order #, County and State <i>Nº. de la orden de manutención condado y estado</i>			

PARENT RELATIONSHIP STATUS ESTADO DE LA RELACIÓN DEL PADRE O MADRE

Were the parents of the child(ren) ever married? Yes No Date of Marriage _____
¿Estuvieron casados alguna vez los padres de los niños? Sí No Fecha del matrimonio

Date Separated _____ Date Divorced _____ In what city, county and state? _____
Fecha de separación Fecha de divorcio ¿En qué ciudad, condado y estado?

Date of last contact with other parent _____
Fecha del último contacto con el otro padre

If paternity has been established, how? Genetic Testing Acknowledgement of Paternity Court
Si se ha establecido la paternidad, ¿cómo? Pruebas genéticas Reconocimiento de la paternidad Tribunal

Did this person ever live with the child(ren) in the State of Colorado? Yes No
¿Vivió esta persona alguna vez con los niños en el estado de Colorado? Sí No

When and where? _____
¿Cuándo y dónde?

Is domestic violence a concern? Yes No
¿Es la violencia doméstica una preocupación? Sí No

Is there a restraining order? Yes No
¿Hay una orden de restricción? Sí No

MEDICAL INSURANCE INFORMATION ~~DATOS DEL SEGURO MÉDICO~~

A copy of the benefit card used to process medical claims **MUST** be provided.
DEBERÁ suministrar copia de la tarjeta de beneficios usada para procesar reclamos médicos.

Is your child(ren) on MEDICAID? Yes No
¿Tienen sus hijos Medicaid? Sí No

Does your child (ren) have health insurance coverage other than Medicaid? Yes No
¿Tienen sus hijos otra cobertura de seguro de salud diferente a Medicaid? Sí No

If yes, name of child(ren) covered by other insurance: _____
Si la tienen, nombres de los niños amparados por otra cobertura

Other insurance company's information:

Datos de la otra aseguradora

- Name/Nombre: _____
- Address/Dirección: _____
- Telephone Number/Teléfono: _____
- Policy Number/Número de la póliza: _____
- Group Number/Número de grupo: _____
- Date Insurance began/Fecha de inicio del seguro: _____
- Type of Coverage(s) Provided: Medical Dental Vision Other _____
Tipo de coberturas que provee Médica Dental Visión Otra

Who provides other insurance coverage:

Quién proporciona el otro seguro:

- Name/Nombre: _____
- Social Security Number/Número de seguro social: _____
- Relation to the covered child(ren): _____
Relación con los niños amparados:
- Address/Dirección: _____

Street /Calle	City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código postal
---------------	-------------	--------------	-------------------
- Telephone numbers/Teléfonos: _____

Work/Trabajo	Home/Casa	Cell/Celular	Message/Mensajes
--------------	-----------	--------------	------------------

División de Empleo y Beneficios
DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

SÍRVASE LEER: La información que proporcione es muy importante, porque existen límites temporales sobre por cuánto tiempo puede recibir beneficios. Para nosotros es importante hablar sobre cualquier cosa que le dificulte o le impida trabajar. Si sabemos esto, podemos desarrollar junto con usted, un plan seguro y que se pueda poner en práctica. También podemos ayudarle a buscar los servicios que necesita para mantenerse fuera de peligro. La información que nos proporcione en este formulario no afectará su elegibilidad para recibir asistencia. Sus respuestas son confidenciales, excepto si usted indica que uno o más niños están siendo abusados; las leyes del estado exigen que los trabajadores sociales reporten esa información a los servicios de protección de menores.

NOMBRE DEL CLIENTE: M/F (encierre una en un círculo) _____

NÚMERO DE CASO: _____ NSS: _____

- Sí No 1) ¿Intentar obtener manutención los pondrá a usted o a sus hijos en peligro?
- Sí No 2) ¿Una pareja actual o anterior le hace sentir inseguro/a ahora?
- Sí No 3) ¿Una pareja actual o anterior le ha obligado a mantenerse lejos de sus seres queridos, como amigos o familiares)?
- Sí No 4) ¿Alguna vez siente miedo, ansiedad o incomodidad debido a algo que una pareja actual o anterior le dice o hace?
- Sí No 5) ¿Alguna pareja actual o anterior le ha
- lastimado
 - amenazado
 - intimidado
 - insultado o
 - gritado
- (cosas como asechar o amenazar con lesionar a sus hijos, sus mascotas, a usted o a otros familiares o amigos, empujar, agarrar, empujar con violencia, abofetear, golpear, ahorcar o sujetar por la fuerza; rebajarlo/a constantemente o decirle que no vale nada o pedirle que haga algo sexualmente que usted no desea hacer)?
- Sí No 6) ¿Alguna pareja actual o anterior se ha aprovechado de usted financieramente haciendo cosas tales como
- tomar su dinero u otras cosas de valor
 - prohibirle que trabaje o exigirle que trabaje solo en determinados empleos
 - prohibirle ir a la escuela o curso de capacitación, destruir su material de estudio, ropa u otras cosas que necesita para trabajar o ir a la escuela o curso de capacitación?
- Sí No 7) ¿Hay algo que quiera decirme sobre una relación pasada o actual que pudiera afectar su capacidad de trabajar?

Comentarios: _____

NOTA PARA EL CLIENTE: Si respondió "no" a estas preguntas, **infórmenos en cualquier momento si considera que usted o su(s) hijo(s) están en peligro.** Le estoy entregando un Paquete de recursos que incluye lugares donde llamar e información sobre cómo mantenerse seguro/a.

A SER COMPLETADO POR QUIEN DIRIGE LA EVALUACIÓN:

Nombre en imprenta del trabajador social del condado e a firmadas _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Guarde una copia en el archivo del participante y ofrézcale una copia al participante. El cliente no está obligado a aceptar la copia.

Descargar de CDHS: <http://www.colorado.gov/cs/Satellite/CDHS-ColoradoWorks/CCW/1228381270761>

Revisado Noviembre de 2014

Información de Manutención infantil. Esta sección debe llenarse si usted tiene algún padre ausente de su hogar y usted solicita Colorado Works (TANF) o Adult Medicaid con SSI Children. Usted puede completar esta sección si quiere ayuda con manutención infantil.

¿Hay algún niño en su hogar que tenga un padre que no viva en casa? Sí No Si es sí, por favor llene las siguientes páginas :

Nombre completo del solicitante (apellido, nombre, inicial; incluya nombre de soltera o cualquier otro nombre usado) Nº de SS

Teléfono Número para mensajes

Dirección de su casa (calle, apartado postal, etc.) Dirección postal (si es diferente de la de su casa)

Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------	--------	--------	---------------

IMPORTANTE Si su cooperación puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a los niños, porque el padre ausente se enoje por tener que pagar manutención infantil o seguro médico, usted podrá solicitar motivo justificado. Para que se apruebe el motivo justificado, usted debe proporcionar pruebas al condado, a más tardar 20 días después de su petición de motivo justificado. Si necesita más tiempo, puede pedirlo. Ejemplos de tales pruebas pueden ser:

- Expedientes del tribunal, penales, de servicios de protección infantil, psicológicos o de policía que indiquen que el supuesto padre sin custodia podría dañar física o emocionalmente a usted o a los niños.
- El niño nació después de una violación o incesto. Las pruebas pueden ser expedientes médicos o policiales que indiquen que ocurrió la violación o incesto o una declaración jurada de las personas que tengan conocimiento de los hechos declarados.
- El niño está en proceso de adopción. Las pruebas pueden ser documentos del tribunal o una declaración por escrito de la agencia pública o privada que lleve el proceso de adopción.

Si se decide otorgar el motivo justificado, sus beneficios no serán afectados. Si no tiene motivo justificado usted recibirá aviso del departamento del condado para que coopere con la unidad CSE, a menos que usted apele la decisión.

¿Quiere pedir motivo justificado? Sí No

El Programa de aplicación de manutención infantil de Colorado (CSE) le ayuda a obtener la manutención infantil para sus hijos del padre ausente (padre que no vive en su hogar). También, la unidad CSE puede ayudarle a conseguir ayuda alimenticia. Esta ayuda incluye la localización del padre ausente, establecimiento de la paternidad, si es necesario y para obtener la orden de manutención infantil. La unidad CSE también modifica las órdenes de manutención infantil cuando sea apropiado. Como condición de los requisitos de afiliación de Colorado Works (TANF) o de Medicaid, *usted debe cooperar con la unidad CSE*. Cooperar significa dar la información necesaria a la unidad CSE sobre el padre ausente.

Si no coopera con la unidad CSE, esto puede causarle perder todos o parte de los beneficios de Colorado Works (TANF) o de Medicaid para usted mismo. Al cooperar, el padre ausente tendrá que responsabilizarse por sus hijos.

Usted recibirá un aviso periódico acerca de los pagos de manutención cobrados por la unidad CSE. Cuando usted ya no reciba Colorado Works (TANF) o Medicaid, la oficina de CSE continuará proporcionando servicios de manutención infantil, a menos que usted les pida, por escrito, que dejen de hacerlo. En ese momento, el dinero cobrado por la manutención infantil vigente irá directamente a usted. En caso de que lo cobrado no tenga fondos (un cheque sin fondos, por ejemplo), usted será responsable de devolver el dinero.



AFFIDAVIT

DECLARACION / JURAMENTO

**Departamento de Servicios Sociales del Estado de Colorado
y el Departamento de Política y Financiamiento de la Salud
Como Prueba de Presencia legal en los Estados Unidos**

Yo, _____, juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que (cheque uno):

- Soy ciudadano de los Estados Unidos, o
- Soy residente permanente de los Estados Unidos, o
- Estoy legalmente presente en los Estados Unidos conforme a la ley federal.

Yo entiendo que esta declaración jurada es un requerimiento de la ley porque he solicitado ayuda pública. Yo entiendo que las leyes del estado requieren que yo proveé prueba de que Yo estoy presente legalmente en los Estados Unidos antes de que pueda recibir esta ayuda pública. Tambien reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaracion jurada es penada bajo la ley criminal de Colorado como perjurio de segundo grado bajo el Estatuto Corregido de Colorado 18-8-503 y constituirá una ofensa criminal separada cada vez que ayuda pública sea fraudulentamente recibida.

Firma

Fecha