

Nombre/Name: _____

Fecha/Date: ____ / ____ / ____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

REQUEST OF SERVICES FOR CHILD SUPPORT

Por virtud de la ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, se crea la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). La ASUME ofrece los siguientes servicios:

By virtue of Act No. 5 of December 30, 1986, as amended, the Administration for Child Support Enforcement (ASUME [by its Spanish acronym]) was created. The ASUME offers the following services:

- Localización de la persona no custodia o parte peticionada
Location of the non-custodial person or the respondent
- Establecer la paternidad de los hijos e hijas que no han sido reconocidos/as por sus padres
Establishment of paternity of the children not acknowledged by their fathers.
- Establecer la pensión alimentaria (incluyendo cubierta de seguro de salud)
Establishment of the child support (including health insurance cover)
- Modificar o revisar las pensiones alimentarias
Modification or review of the child supports
- Hacer efectivas las pensiones alimentarias
Enforcement of the child support order
- Cobrar y distribuir las cantidades depositadas por concepto de pensiones alimentarias
Collection and distribution of the amounts deposited for child support
- Representación legal para los menores
Legal representation for the minors

La Persona Solicitante tiene derecho a recibir todos los servicios ofrecidos por la ASUME (Agencia IV-D) mientras el caso permanezca activo. El Congreso de los Estados Unidos enmendó las disposiciones de la Ley de Seguridad Social 42 U.S.C. 654(6)(B)(ii) a través de la PL 115-123, para establecer un cargo por servicio anual de \$35.00 en los casos donde el solicitante de los servicios no es beneficiario del Programa de Ayuda Temporal a Familias con Niños Necesitados (TANF por sus siglas en inglés), y se haya recaudado la cantidad de \$550.00 o una cuantía mayor en pagos pensiones alimentarias durante un año. La ASUME ha estado sufragando el cargo utilizando los fondos que le asignan. Las partes serán notificadas de surgir un cambio en esta determinación que conlleve a las partes cubrir este cargo. Los servicios ofrecidos a los participantes no requieren costo adicional alguno.

The Applicant has the right to receive all the services offered by the ASUME (Agency IV-D) while the case remains active. The Congress of the United States amended the provisions of the Social Security Act 42 U.S.C. 654 (6) (B) (ii) through PL 115-123, to establish a service fee of \$ 35.00 in cases where the applicant for services is not a beneficiary of the Temporary Assistance Program for Families with Children Needy (TANF for its acronym in English), and the amount of \$ 550.00 , or more, in child support payments has been collected during the year. ASUME has been paying the fee using the allocated funds. The parties will be notified if there is a change in this determination that requires them to pay for these fees. All services offered to the participants do not require any additional cost.

Entre los servicios que ofrece la Agencia se incluye la representación legal del/de la menor durante los procesos de alimentos. De usted tener abogado/a deberá informarlo al Especialista de Pensiones Alimentarias a cargo de su caso. Su abogado deberá radicar una moción asumiendo su representación legal ante la ASUME, en caso de que sea necesario en algún procedimiento.

All services offered by the ASUME are free of costs. The Requesting Person has the right to receive all the services offered by the ASUME (Agency IV-D) while the case remains active. Among the services offered by the Agency are included the legal representation of the

minor during the support processes. If you have a lawyer, you must inform the Child Support Specialist in charge of your case. Your lawyer must file a motion assuming legal representation before the ASUME, if necessary in any procedure.

Para recibir los servicios antes mencionados, es requisito que complete este documento. Estos servicios se ofrecen para beneficio de los/las menores de veintiún (21) años. La Solicitud de Servicio de Sustento de Menores de una persona incapacitada legalmente debe ser completada por su tutor/a o la persona custodia.

In order to receive the services afore-mentioned, it is required that you complete this document. These services are offered for the benefit of minors with less than twenty-one (21) years of age. The Request of Services for Child Support of a legally disabled person must be completed by his/her tutor or custodial person.

Toda persona que solicite los servicios de la ASUME deberá proveer su información personal, y la de la otra persona indispensable en el proceso de alimentos. La información que provea debe ser exacta, según su mejor conocimiento. Se le requerirá información como nombre, número de seguro social, dirección, nombre del patrono y los documentos necesarios para llevar a cabo el proceso solicitado. **Es su responsabilidad mantenernos continuamente informados acerca de cualquier cambio en la información que suministró originalmente, incluyendo dirección postal y física, teléfonos y dirección de correo electrónico.**

Every person who requests the services of the ASUME must provide their personal information, and that of the other party necessary in the process for support. The information provided must be exact, according to your best knowledge. You will be required information such as name, social security number, address, name of employer and the documents needed to follow the process requested. **It is your responsibility to keep us continually informed of any change in the information you originally provided, including your physical and postal address, telephone number and email address.**

Esta Solicitud de Servicios, al igual que otros formularios, puede también obtenerse a través de la página electrónica www.asume.pr.gov

This Request of Services, as well as other forms, can be obtained through the electronic page www.asume.pr.gov

Documentos requeridos:

Documents required:

- Fotocopia de los Certificados de Nacimientos de los/las menores y de la persona encargada de éstos.
Photocopy of the Birth Certificates of the minors and the person in charge of them.
- Fotocopia del Certificado de Matrimonio
Photocopy of the Marriage Certificate
- Fotocopia de las tarjetas de Seguro Social de la persona que solicita los servicios y de los /las menores.
Photocopy of the Social Security cards of the person that requests the services and of the minors.
- Sentencia de divorcio certificada, si aplica.
Certified judgment of divorce, if applies.
- Sentencia, Resolución u Orden certificada estableciendo la pensión alimentaria, si aplica. En caso de que la persona no custodia resida fuera de Puerto Rico, ud. debe presentar estos documentos certificados por el Tribunal.
Certified Judgment, Decision or Order establishing the child support, if applies. In case the non-custodial person does not reside in Puerto Rico, you must present these documents certified by the Court.
- Evidencia de seguro médico de los menores
Evidence of medical insurance of the minors
- Fotografía de la persona a localizar
Photograph of the person to be located.

Confidencialidad:

Confidentiality:

La información que utilice la ASUME es confidencial según lo establece la sección 303.21 del Código de Regulación Federal. Toda la información que solicita la ASUME es necesaria para cumplir con el propósito de atender su solicitud, según los procedimientos y regulaciones, tanto federales como locales. Suministrar la información solicitada es mandatorio. No proveer información indispensable puede resultar en el cierre del caso.

The information used by the ASUME is confidential, as established in section 303.21 of the Federal Regulation Code. All information requested by the ASUME is needed to comply with the purpose of attending your request, according to the federal, as well as local, procedures and regulations. Providing the information requested is mandatory. Not providing necessary information can result in the closing of the case.

La Ley Federal 42 USC § 405 (c) dispone que es obligatorio que usted nos provea su número de seguro social. Este número será utilizado por la ASUME y otras agencias para identificarle y localizarle con el propósito de establecer paternidad, y establecer, modificar y hacer cumplir órdenes de alimentos y sustento médico. Además, se nos faculta a solicitar su número de seguro social cuando nos llame o visite para identificar su caso, así como en formularios utilizados durante el trámite de nuestros servicios.

Federal Act 42 USC § 405 (c) states that it is obligatory that you provide us with your social security number. This number will be used by the ASUME and other agencies to identify and locate you with the purpose of establishing paternity, and establishing, modifying and enforcing the orders for child and medical support. Also, it authorizes us to request your social security number when you call or visit us in order to identify your case; as well as in forms used during the process of our services.

Cualquier información que se adquiera durante el desempeño de nuestros deberes oficiales se mantendrá de forma confidencial. La información adquirida sólo se utilizará para fines oficiales de la ASUME y del Departamento de la Familia. Sólo se podrá revelar información a las personas autorizadas por ley.

Any information acquired during the performance of our official duties will be kept in confidentiality. The information acquired will only be used for official purposes of the ASUME and the Department of the Family. Information can only be revealed to people authorized by law.

Política de Digitalización de Documentos:

Policy on Digitalization of Documents:

Conforme a la Política de Digitalización de Documentos del Gobierno de Puerto Rico, se le advierte a toda persona que solicita los servicios de la ASUME, que esta Administración no conservará los documentos físicos entregados con esta solicitud ni ningún otro que se reciba durante el proceso. Todo documento requerido y/o recibido será escaneado y conservado digitalmente, procediéndose inmediatamente con la devolución de los mismos. Es responsabilidad suya conservar los documentos físicos entregados, en la eventualidad que se le requiera presentarlos en cualquier otra instancia o momento.

According to the Policy of Digitalization of Documents of the Government of Puerto Rico, every person who requests services from the ASUME is forewarned that this Administration will not keep the physical documents provided with this request, or any other received during the process. Every document acquired and/or received shall be scanned and digitally kept, proceeding to the immediate return of the same. It is your responsibility to keep the physical documents provided, in the eventuality of being required to present the same at any other instance or moment.

Violencia Doméstica:

Domestic Violence:

Si usted tiene alguna preocupación por su seguridad, debe informarle al funcionario que trabaja su caso su inquietud. En estas circunstancias, el/la trabajador del caso identificará el mismo para tomar medidas cautelares, que incluye el no divulgar su información. En el caso que ud sea la Persona Custodia, también se protegerá la información de sus hijos.

If you have any concern for your safety, you must inform your concern to the caseworker. In these circumstances, the official will identify your case in order to take necessary measures, which includes not disclosing your information. In the case that you are the Custodial Person, the information of your children will also be protected.

Terminación de Servicios:

Termination of Services:

La persona solicitante podría terminar los servicios mediante una solicitud escrita en la Oficina Local donde está asignado el caso, siempre y cuando no exista una cesión de derechos bajo el título IV-A o el título IV-E de la Ley de Seguridad Social. Se le advierte, que la ASUME podría terminar los servicios por falta de cooperación o conforme a lo establecido en la Ley Orgánica y a tenor con las disposiciones del Título 45 del Código de Regulaciones Federales 45CRF 303.11.

The applicant could terminate the services by means of a written request in the Local Office where the case is assigned, as long as there is no assignment of rights under title IV-A or title IV-E of the Social Security Law. ASUME may terminate services for lack of cooperation or in accordance with the provisions of the Organic Law and in accordance with the provisions of Title 45 of the Code of Federal Regulations 45CRF 303.11.

Método de Notificación

Method of Notification

La ASUME podrá utilizar los siguientes métodos para contactarlo: correo electrónico, correo ordinario a la dirección provista o correo certificado, dependiendo del proceso que se esté llevando a cabo. Es la responsabilidad del solicitante de los servicios notificar de inmediato cualquier cambio en su información de contacto.

ASUME can use the following methods to contact you: email, by ordinary mail to the postal address provided or certified mail, dependig of the process ahead. It is the responsibility of the requestor of the services to notify immediately any change in the contact information.

I- Información Personal de la Persona Custodia				<input type="checkbox"/> Marque si ud es la persona que solicita los servicios		
Personal Information of the Custodial Person				Select if you are the requestor of services		
Nombre y apellidos Name and surnames _____ Nombre/ Name Initial Primer Apellido / Last Name Segundo Apellido / Second Last Name			Número de Seguro Social Social Security Number _____ - _____ - _____			
Dirección Postal Postal Address: Postal Address: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> última conocida/ Last known		Dirección Residencial Residential Address: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last known		Fecha de nacimiento Date of Birth _____/_____/_____ Día / Day Mes/ Month Año / Year		
				Lugar de nacimiento/ Place of Birth: Edad / Age Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Sex Other		
Teléfono Residencial/ Residential Telephone:		Teléfono de Trabajo Work Telephone:	Teléfono Celular/ Cellular Phone:	Email:		
Raza/ Race	Estado Civil Actual/ Actual Civil Status		Nombre del/la Cónyuge, si aplica: Spouse's Name, if applies:			
Régimen económico Economical Regime: <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales Conjugal Partnership <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales Prenuptial Agreements <input type="checkbox"/> Otros: Explique _____ Other: Explain _____		Se encuentra en servicio militar You are in military service <input type="checkbox"/> Sí, Indique cuál rama Yes, Specify _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce /Unknown		Se encuentra confinado/a You are imprisoned <input type="checkbox"/> Si / Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce /Unknown		
Nombre del Patrono/ Employer's Name: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> último conocido / Last known		Dirección del Patrono/ Employer's Address:		Teléfono del Patrono: Employer's Telephone:		
Patrono provee cubierta de seguro médica <input type="checkbox"/> Si / Yes <input type="checkbox"/> No Employer provides medical insurance cover:		Proporcione información sobre una persona contacto/ Indicate information of a contact person: Nombre y apellidos: _____ Name and surnames: Parentesco: _____ Relationship: Dirección Postal/ Postal Address: _____ _____ Teléfono Residencial/ Residential Address: _____ Teléfono del Trabajo/ Work Telephone: _____ Teléfono Celular/ Cellular Telephone: _____				
Indique si ha recibido beneficios de los siguientes programas/ Inform if you have received benefits from the programs below:						
Programa			Si / Yes	No	Oficina a cargo de su caso/ Office handling your case	
					Mes y Año del último beneficio/ Month and year of the last benefit received	
Programa de Ayuda Temporal a Familias con Niños Necesitados (TANF) / Temporary Assistance for Needy Families Program (TANF)						
Medicaid						

II- Información Personal de la Persona No Custodia		<input type="checkbox"/> Marque si ud es la persona que solicita los servicios		
Personal Information of the Custodial Person		Select if you are the requestor of services		
Nombre y apellidos Name and surnames _____ Nombre/ Name Initial Primer Apellido / Last Name Segundo Apellido / Second Last Name		Número de Seguro Social Social Security Number _____ - _____ - _____		
Dirección Postal Postal Address: Postal Address: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> última conocida/ Last known		Dirección Residencial Residential Address: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last known		Fecha de nacimiento Date of Birth _____/_____/_____ Día / Day Mes/ Month Año / Year Lugar de nacimiento/ Place of Birth: _____ Edad Age Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro Sex Other
Teléfono Residencial/ Residential Telephone:		Teléfono de Trabajo Work Telephone:	Teléfono Celular/ Cellular Phone:	Email:
Raza/ Race	Estado Civil Actual/ Actual Civil Status	Nombre del/la Cónyuge, si aplica: Spouse's Name, if applies:		
Régimen económico Economical Regime: <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales Conjugal Partnership <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales Prenuptial Agreements <input type="checkbox"/> Otros: Explique _____ Other: Explain _____		Se encuentra en servicio militar You are in military service <input type="checkbox"/> Sí, Indique cuál rama Yes, Specify _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce /Unknown		Se encuentra confinado/a You are imprisoned <input type="checkbox"/> Si / Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce /Unknown
Nombre del Patrono/ Employer's Name: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> último conocido Last known		Dirección del Patrono/ Employer's Address:		Teléfono del Patrono: Employer's Telephone:
Patrono provee cubierta de seguro médica <input type="checkbox"/> Si / Yes <input type="checkbox"/> No Employer provides medical insurance cover:		Proporcione información sobre una persona contacto/ Indicate information of a contact person: Nombre y apellidos: _____ Name and surnames: Parentesco: _____ Relationship: Dirección Postal/ Postal Address: _____ _____ Teléfono Residencial/ Residential Address: _____ Teléfono de Trabajo/ Work Telephone: _____ Teléfono Celular/ Cellular Telephone: _____		
Indique si ha recibido beneficios de los siguientes programas/ Inform if you have received benefits from the programs below:				
Programa	Si / Yes	No	Oficina a cargo de su caso/ Office handling your case	Mes y Año del último beneficio/ Month and year of the last benefit received
Programa de Ayuda Temporera a Familias con Niños Necesitados (TANF) / Temporary Assistance for Needy Families Program (TANF) ?				
Medicaid				

III. Información sobre los menores para los que solicita servicios/ Information about the children for whom you request services						
Nombre Completo y Apellidos/ Full name and Last names	Número de Seguro Social Social Security Number	Sexo Sex	Fecha de Nacimiento Date of birth	Lugar de Nacimiento Place of birth	Nació en un matrimonio Born in a marriage	Menor reconocido por su padre Child acknowledged by his father
1						
2						
3						
4						
5						

Si los menores poseen una cubierta de seguro médico, especifique el tipo de seguro médico. Incluya la información del seguro médico que le provee el gobierno.
 If the children have a health insurance coverage, you must specify the type of health insurance. You must include the information related to the health insurance policy provided by the Government.

IV. Información sobre cubierta de seguro médico de los menores para los que solicita servicios/ Information about health insurance coverage for the children for whom you request services					
Nombre de los hijos que poseen una cubierta de seguro médico Name of the children that have a health insurance policy	Nombre de la compañía que provee cubierta: Name of the company that provides cover:	Nombre del asegurado/a principal Name of the main insured	Relación con el/la menor Relationship with the child	Tipo de cubierta Type of Cover	Número de póliza o grupo: Policy or group number:
1					
2					
3					
4					
5					

III- Información relacionada con la Orden Pensión Alimentaria, si aplica: Information related to the Child Support Order, if applies:												
Existe una orden de pensión alimentaria: A child support order exists: <input type="checkbox"/> Si/ yes <input type="checkbox"/> No	Indique el número de la orden: Provide the order's number: _____	Si existe la Orden, Indique quien emitió la misma: If there is an Order, indicate who issued the same: <input type="checkbox"/> Tribunal de PR/ A Court of PR <input type="checkbox"/> Tribunal de otro Estado/ Another State's Court <input type="checkbox"/> Tribunal de otro País/ Another Country's Court <input type="checkbox"/> ASUME										
Fecha de la Orden, Resolución o Sentencia Date of the Order, Decision or Judgment _____/_____/_____ Día/ Day Mes/ Month Año/ Year		Indique donde se emitió la misma: _____ Ciudad/ City Estado / State País/Country										
Cantidad de pensión alimentaria: Child Support amount: \$ _____ Cantidad/ Amount	Frecuencia / Frequency <input type="checkbox"/> Semanal/ Weekly <input type="checkbox"/> Bi semanal/ Bi weekly <input type="checkbox"/> Quincenal/ Semi monthly <input type="checkbox"/> Mensual/ Monthly <input type="checkbox"/> Otro/ Other _____	Indique nombre y apellidos de la persona obligada a proveer la pensión alimentaria: Indicate the name and surnames of the person obligated to provide child support: _____										
Si ud. recibió los pagos directamente y existe deuda, deberá adjuntar un historial mes por mes que muestre el pago adeudado y el pago recibido para poder registrar la misma. If you received payments directly and there is debt, attach a history of payments that shows the period of the calculation, in order to register the same.												
Ejemplo / Example:												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año Year</th> <th>Mes Month</th> <th>Pensión Child Support</th> <th>Pago Recibido Payment received</th> <th>Balance adeudado Balance owed</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2000</td> <td>Diciembre</td> <td>\$ 100.00</td> <td>\$ 75.00</td> <td>\$ 25.00</td> </tr> </tbody> </table>			Año Year	Mes Month	Pensión Child Support	Pago Recibido Payment received	Balance adeudado Balance owed	2000	Diciembre	\$ 100.00	\$ 75.00	\$ 25.00
Año Year	Mes Month	Pensión Child Support	Pago Recibido Payment received	Balance adeudado Balance owed								
2000	Diciembre	\$ 100.00	\$ 75.00	\$ 25.00								
Existe deuda de Pensión Alimentaria/ Child Support arrears exists: <input type="checkbox"/> Si/ Yes <input type="checkbox"/> No Indique la cantidad de la deuda/ Indicate the amount owed \$ _____												

Declaración de la Persona Solicitante:

Declaration of the Requesting Person:

Afirmo que la información contenida en esta Solicitud de Servicios es cierta y correcta y que cualquier información falsa podría resultar en cargos por perjurio contra mi persona. Entiendo que debo cooperar con la ASUME para que mi caso sea procesado, y que mi falta de cooperación podría conllevar la terminación de mi caso. He leído y entiendo la NOTIFICACION que antecede.

I affirm that the information contained in this Request of Services is true and correct and that any false information can result in charges of perjury against me. I understand that I must cooperate with the ASUME for my case to be processed and that my lack of cooperation can entail the termination of my case. I have read and understood the preceding NOTIFICATION.

Por lo presente, solicito los servicios que ofrece la ASUME.

I hereby request the services offered by the ASUME.

Firma de la Persona Solicitante

Signature Requesting Person

Fecha (Día / Mes / Año) Date (Day/Month/Year)

Solicitud para acogerse a Depósito Directo de pensión alimentaria
Request for Direct Deposit

Nombre: _____
Nombre (Name) Apellido Paterno (First Last Name) Apellido Materno (Second Last Name)

Número(s) de caso(s) de ASUME: _____
ASUME Case Number

Número de seguro social: _____
Social Security Number:

Dirección postal: _____
Postal Address: _____

Teléfono residencial: _____
Residential telephone :

Teléfono celular: _____
Celular telephone:

Nombre de la institución bancaria: _____
Financial Institution's Name

Sucursal: _____ Ciudad: _____
Branch City

Número de ruta: _____ Número de cuenta bancaria: _____
Route Number Bank Account Number

Tipo de Cuenta: Cheques _____ Ahorros _____
Account Type Check Savings

Entiendo que de tener más de un caso de pensión alimentaria todos los pagos que reciba se depositarán únicamente en esta cuenta bancaria. Envíe este formulario junto a un cheque en blanco nulo de su cuenta de cheque o una hoja de depósito preimpresa con su número de cuenta de ahorro a la siguiente dirección:
I understand that if I have more than one case of child support, all the payments received, will be deposited in this bank account only. Please send this form along an empty and null check of your bank account or a pre-printed deposit slip with your savings account number to the following address:

Administración para el Sustento de Menores
Atención: Depósito Directo de Pensión Alimentaria
PO Box 192319
San Juan PR 00919-2319

Puede también entregarla en la oficina local o regional de ASUME en la que recibe servicios. **Por favor, asegúrese de completar esta solicitud de depósito directo en todas sus partes para que podamos procesar la misma.**

You can also return it to the ASUME local or regional office where you receive services. **Please be sure to complete this direct deposit application in all its parts so we can process it.**

Esta autorización prevalecerá hasta tanto ASUME reciba una notificación por escrito de mi parte, dando de baja este servicio. Notificaré cualquier cambio de institución financiera, tipo o número de cuenta inmediatamente a ASUME para que actualicen mi registro y continúen procesando mis depósitos, 30 días antes de la fecha de efectividad.

This authorization will prevail until ASUME receives a written notice from me, terminating this service. I will notify any change of financial institution, type or account number immediately to ASUME so that they update my record and continue to process my deposits, 30 days before the effective date.

Firma de la persona custodia

Fecha