



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACION PARA EL SUSTENTO DE MENORES

Nombre _____

Fecha: ____/____/____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

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:

- Localización de persona no custodia
- Establecer la paternidad de los hijos e hijas que no han sido reconocidos/as por sus padres
- Establecer la pensión alimentaria (incluyendo cubierta de seguro de salud),
- Modificar o revisar las pensiones alimentarias
- Hacer efectivas las pensiones alimentarias
- Cobrar y distribuir las cantidades depositadas por concepto de pensiones alimentarias
- Representación legal a los menores

Todos los servicios que ofrece la ASUME son gratuitos. La Persona Solicitante tiene derecho a recibir todos los servicios ofrecidos por la ASUME (Agencia IV-D) mientras el caso permanezca activo. 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 indicarlo al Especialista de Pensiones Alimentarias a cargo de su caso.

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

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.

Documentos requeridos:

- Fotocopia de los Certificados de Nacimiento de los/las menores y de la persona encargada de éstos; en caso de que los menores estén sin reconocer, debe acompañar el original.
- Fotocopia de las tarjetas de Seguro Social de la persona que solicita los servicios y de los/las menores.
- Sentencia de divorcio, si aplica.
- Sentencia, Resolución u Orden estableciendo la pensión alimentaria, si aplica.
- Fotografía de la persona a localizar.

Confidencialidad:

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, federales como locales. Suministrar la información solicitada es mandatorio. No proveer información indispensable puede resultar en el cierre del caso.

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

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

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. También, la ley nos autoriza a solicitar su número de seguro social en formularios utilizados durante el trámite de nuestros servicios.

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 relevar información a las personas autorizadas por ley.

Violencia Doméstica

Si usted tiene alguna preocupación por su seguridad o la de sus hijos debe informarle al/la funcionario que trabaja su caso su inquietud. En estas circunstancias el/la trabajador del caso identificará el mismo para tomar medidas cautelares.

Terminación de Servicios:

La persona solicitante podría terminar los servicios mediante la notificación por escrito en la Oficina Local donde está asignado el caso. La ASUME podría terminar los servicios conforme a lo establecido en la Ley Orgánica y a tenor con 45 CRF 303.11.

Recobro en casos de pagos erróneos:

___ Si autorizo ___ No autorizo: a que se recobre cualquier pago que reciba erróneamente de los próximos pagos de pensión corriente. **El hecho de que usted no autorice o autorice este recobro no afecta su solicitud de servicios.**

- Debe llenar una Solicitud de Servicios por cada núcleo familiar o caso.

| I- Información Personal de la Persona Solicitante | | | | | | <input type="checkbox"/> Persona Custodia | <input type="checkbox"/> Persona No Custodia |
|---|--|--|----------|--|---|---|--|
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | Número de Seguro Social ____ - ____ - ____ | | | Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año | | |
| Dirección Postal <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida | | Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida | | | Lugar de nacimiento | | |
| | | Edad | | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | |
| Teléfono Residencial | | Teléfono del Trabajo | | | Teléfono Celular | | |
| Descripción física | | Peso | Estatura | Color de piel | Color de cabello | Color de ojos | Raza: Estado Civil |
| Número de licencia de conducir | | Nombre del/la Cónyuge, si aplica | | | Régimen económico: <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales <input type="checkbox"/> Otro: Explique _____ | | |
| Posee vehículo de motor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique marca: _____ | | Año | | Número de tablilla | | | |
| Nombre del Patrono: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Último conocido | | Dirección del Patrono: | | | Teléfono del Patrono: | | |
| | | | | | Patrono provee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Ha recibido Asistencia Económica (AE): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si contestó en la afirmativa, indique el mes y año del último cheque: _____ ____ Mes Año | | | Ha recibido Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta en la afirmativo, indique la fecha del último cheque: | | |
| Indique el Núm. de caso en AE: _____ | | Indique la oficina que tiene a cargo su caso de AE: _____ | | | ____ Mes ____ Año | | |

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

| II- Información de los Menores | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--|---|--|--|---------------|
| Menor 1 | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | | Núm. Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año | Lugar de nacimiento | Relación con solicitante | Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor) | | Nombre de la compañía que provee cubierta | | Tipo de cubierta | Número de póliza o grupo | | | |
| Menor 2 | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | | Núm. Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año | Lugar de nacimiento | Relación con solicitante | Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor) | | Nombre de la compañía que provee cubierta | | Tipo de cubierta | Número de póliza o grupo | | | |
| Menor 3 | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | | Núm. Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año | Lugar de nacimiento | Relación con solicitante | Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor) | | Nombre de la compañía que provee cubierta | | Tipo de cubierta | Número de póliza o grupo | | | |
| Menor 4 | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | | Núm. Seguro Social ____-____-____ | Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año | Lugar de nacimiento | Relación con solicitante | Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor) | | Nombre de la compañía que provee cubierta | | Tipo de cubierta | Número de póliza o grupo | | | |
| III- Información sobre la otra parte <input type="checkbox"/> Persona Custodia <input type="checkbox"/> Persona No Custodia | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre | | Número de Seguro Social ____-____-____ | | | Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año | | | |
| Dirección Postal <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida | | Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida | | | Lugar de nacimiento | | | |
| | | | | | Edad | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | |
| Teléfono Residencial | | Teléfono del Trabajo | | | Teléfono Celular | | | |
| Descripción Física | | Peso | Estatura | Color de piel | Color de cabello | Color de ojos | Raza: | Estado Civil: |
| Número de licencia de conducir: | | Nombre del/la Cónyuge, si aplica | | | Régimen económico <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales <input type="checkbox"/> Otro: Explique _____ | | | |
| Posee vehículo de motor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique marca: _____ | | Año | Número de tablilla | | Marca o cicatriz que distinga a la persona (describala): | | | |
| Nombre del Patrono: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Último conocido | | Dirección del Patrono: | | | Teléfono del Patrono: | | | |
| | | | | | Patrono provee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

| | | |
|--|---|---|
| ¿Se encuentra recluida/o en una Institución Penitenciaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Indique cuál: _____ | | |
| Indique si pertenece a las Fuerzas Armadas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ | Indique otra persona que pueda ofrecer información: Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Residencial: _____ Teléfono Residencial: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____ | |
| IV- Información relacionada con la pensión alimentaria, si alguna: | | |
| Existe una orden de pensión alimentaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de la Orden/Resolución/Sentencia ____ Día ____ Mes ____ Año | Indique el número de la orden: _____ | Cantidad de pensión alimentaria: \$ _____ Cantidad Frecuencia (mensual/bisemanal/semanal) |
| Si existe la Orden, indique quién emitió la misma: <input type="checkbox"/> Tribunal PR <input type="checkbox"/> Tribunal/Estado <input type="checkbox"/> ASUME | Indique nombre y apellidos de la persona obligada a proveer la pensión alimentaria: _____ | |
| Existe deuda de Pensión Alimentaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique la cantidad: \$ _____ | | |

Entendimiento de los servicios:

La **ASUME** brindará todos los servicios que sean necesarios conforme a las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Gobierno Federal. Con su asistencia y cooperación el servicio será provisto hasta que se culmine la obligación de proveer alimentos y se cumpla con la misma. Se le advierte, que su caso puede ser cerrado por falta de cooperación o porque así una disposición legal o reglamentaria lo ordene o permita. Es necesario que cualquier cambio de dirección, teléfono o cualquier otra información nueva sea informada a la ASUME inmediatamente.

Declaración de la Persona Solicitante:

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 **NOTIFICACIÓN** que antecede.

Por la presente solicito los servicios que ofrece la ASUME.

Firma de la Persona Solicitante

Fecha
Día / Mes /Año)