

Nombre/Name: _____

Fecha/Date: ____ / ____ / ____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES *REQUEST FOR CHILD SUPPORT SERVICES*

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. ASUME offers the following services:

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

ASUME no cobra por sus servicios. 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.

ASUME does not charge for the services provided. The Requesting Person has the right to receive all the services offered by ASUME (Agency IV-D) while the case remains active. Among the services offered by the Agency, legal representation of the minor during the support processes is included. If you have a lawyer, you must inform the Child Support Specialist in charge of your case.

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 completada por su tutor/a o la persona custodia.

In order to receive the services afore-mentioned, it is necessary 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.

Nombre/Name: _____

Fecha/Date: _____ / _____ / _____

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.**

*A person requesting ASUME services 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 such information 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.***

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

This Request for Services, as well as other forms, can be obtained through the website 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 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 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.*
- Fotografía de la persona a localizar. *Photograph of the person to be located.*
- Evidencia de seguro médico de los menores *Evidence of medical insurance of the minors*

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.

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

Nombre/Name: _____

Fecha/Date: _____ / _____ / _____

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 medico. 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 mandatory 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 faculties 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 ASUME services 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 its immediate return. 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 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.

If you have any uneasiness for your security or that of your children, you must inform your concern to the functionary working your case. In these circumstances, the case worker will identify the same in order to take cautionary measures.

Nombre/Name: _____

Fecha/Date: _____ / _____ / _____

Terminación de Servicios:

Termination of Services:

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.

The requesting person can terminate services through written notification to the Local Office where the case is assigned. The ASUME could terminate the services according to what is established in the Organic Act and according to 45 CFR 303.11.

Recobro en casos de pagos erróneos:

Collection in cases of erroneous payments:

___ Sí 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.**

*___ I authorize ___ I do not authorize: the collection of any payment that I receive erroneously from the next payments for regular support. **Whether you authorize or not this collection, it will not affect your request of services.***

Método de Notificación

Method of Notification

Autorizo a la ASUME a que toda notificación relacionada a la presente solicitud de servicio sea notificada de la siguiente forma:

I authorize ASUME that all notification regarding this request of services be notified in the following manner:

___ por correo electrónico: _____

___ *by electronic mail:* _____

___ por correo ordinario a la dirección postal detallada adelante

___ *by ordinary mail to the postal address detailed ahead*

Entiendo que a tenor con los procesos de digitalización que se implementan al momento, los únicos cambios que debe sufrir la Solicitud para atemperarlo a ellos serían los antes sugeridos.

I understand that according to the processes of digitalization being implanted at the moment, the only changes that the Request must have to temper it to the same will be the afore-mentioned.

- Debe llenar una Solicitud de Servicios por cada núcleo familiar o caso.
You must complete a Request for Services for each family nucleus or case.

I- Información Personal de la Persona Solicitante		<input type="checkbox"/> Persona Custodia Custodial Person		<input type="checkbox"/> Persona No Custodia Non-Custodial Person	
Nombre y apellidos Name and surnames		Número de Seguro Social Social Security Number		Fecha de nacimiento Date of Birth	
_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Paterno Paternal	Materno Maternal	Nombre Name		Día Day	Mes Month
Dirección Postal Postal Address: <input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last known		Dirección Residencial Residential Address: <input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last known		Lugar de nacimiento Place of Birth:	
_____		_____		Edad Age	
				Sexo Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Teléfono Residencial Residential Telephone:		Teléfono del Trabajo Work Telephone:		Teléfono Celular Cellular Phone:	
_____		_____		_____	
Descripción Física: Physical Description:	Peso Weight	Estatura Height	Color de piel Skin Color	Color de Cabello Hair Color	Color de Ojos Eye Color
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Número de Licencia de Conducir: Driver's License Number:	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 _____		
Posee vehículo de motor: Do you possess a motor vehicle:	<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No	Año Year		Número de Tablilla License Plate Number:	
Indique marca Indicate Making: _____		_____		_____	
Nombre del Patrono: Employer's Name:	Dirección del Patrono: Employer's Address:		Teléfono del Patrono Employer's Telephone:		
<input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocido Last known	_____		Patrono provee cubierta de seguro médico: Employer provides medical insurance cover:		
			<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No		
Ha recibido Asistencia Económica (AE): Have you received Economic Assistance (EA):	Si contesto en la afirmativa, indique el mes y año del último cheque: If you answered yes, indicate the month and year of the last check:		Ha recibido Medicaid Have you received Medicaid:		
<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No	____/____/____ Mes Month Año Year		<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No		
			Si contesta en la afirmativo, indique la fecha del último cheque: If you answered yes, indicate the date of the last check:		
Indique el Núm. de caso en AE: Indicate the case No. in EA:	Indique la oficina que tiene a cargo su caso de AE: Indicate the office in charge of your EA case:		Mes Month		
_____	_____		Año Year		
II. Información de los Menores Information of the Minors					
Menor 1 Minor 1					
Nombre y apellidos Name and surnames:	Núm. Seguro Social: Social Security No.:	Fecha de nacimiento: Date of Birth:	Lugar de nacimiento Place of Birth	Relación con solicitante Relationship with petitioner	Posee cubierta de seguro médico Do you have medical insurance cover
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No
PaternoPaternal MaternoMaternal Nombre Name		Día Day Mes Month Año Year			
Nombre del asegurado/a principal; relación con el/la menor: Name of main insured; relationship with the minor:	Nombre de la compañía que provee cubierta: Name of the company that provides cover:	Tipo de cubierta Type of Cover:		Número de póliza o grupo: Policy or group number:	
_____	_____	_____		_____	
Menor 2					
Nombre y apellidos Name and surnames:	Núm. Seguro Social: Social Security No.:	Fecha de nacimiento: Date of Birth:	Lugar de nacimiento Place of Birth	Relación con solicitante Relationship with petitioner	Posee cubierta de seguro médico Do you have medical insurance cover
_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No
PaternoPaternal MaternoMaternal Nombre Name		Día Day Mes Month Año Year			
Nombre del asegurado/a principal; relación con el/la menor: Name of main insured; relationship with the minor:	Nombre de la compañía que provee cubierta: Name of the company that provides cover:	Tipo de cubierta Type of Cover:		Número de póliza o grupo: Policy or group number:	
_____	_____	_____		_____	

Menor 3										
Nombre y apellidos Name and surnames: _____ PaternoPaternal MaternoMaternal Nombre Name			Núm. Seguro Social: Social Security No.: ____/____/____		Fecha de nacimiento: Date of Birth: ____/____/____ Día Mes Año Day Month Year		Lugar de nacimiento Place of Birth: _____	Relación con solicitante Relationship with petitioner: _____	Posee cubierta de seguro médico Do you have medical insurance cover: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No	
Nombre del asegurado/a principal; relación con el/la menor: Name of main insured; relationship with the minor:			Nombre de la compañía que provee cubierta: Name of the company that provides cover:		Tipo de cubierta Type of Cover:		Número de póliza o grupo: Policy or group number:			
Menor 4										
Nombre y apellidos Name and surnames: _____ PaternoPaternal MaternoMaternal Nombre Name			Núm. Seguro Social: Social Security No.: ____/____/____		Fecha de nacimiento: Date of Birth: ____/____/____ Día Mes Año Day Month Year		Lugar de nacimiento Place of Birth: _____	Relación con solicitante Relationship with petitioner: _____	Posee cubierta de seguro médico Do you have medical insurance cover: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No	
Nombre del asegurado/a principal; relación con el/la menor: Name of main insured; relationship with the minor:			Nombre de la compañía que provee cubierta: Name of the company that provides cover:		Tipo de cubierta Type of Cover:		Número de póliza o grupo: Policy or group number:			
III- Información sobre la otra parte <input type="checkbox"/> Persona Custodia <input type="checkbox"/> Persona No Custodia Information of other party Custodial Person Non-Custodial Person										
Nombre y apellidos Name and surnames: _____ Paterno Paternal Materno Maternal Nombre Name				Número de Seguro Social: Social Security Number: ____/____/____			Fecha de nacimiento Date of Birth: ____/____/____ Día Day Mes Month Año Year			
Dirección Postal Postal Address: <input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last Known			Dirección Residencial residencial Address: <input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocida Last known			Lugar de nacimiento Place of Birth: _____ Edad Age _____ Sexo Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Teléfono Residencial residencial Telephone:			Teléfono del Trabajo Work Telephone:			Teléfono Celular Cellular Phone:				
Descripción Física: Physical Description:		Peso Weight	Estatura Height	Color de piel Skin Color	Color de Cabello Hair Color	Color de Ojos Eye Color	Raza Race	Estado Civil Civil Status		
Número de Licencia de Conducir: Driver's License Number:			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 _____				
Posee vehículo de motor: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No Do you possess a motor vehicle:				Año Year		Número de Tablilla License Plate Number:				
Indique marca Indicate Making: _____										
Nombre del Patrono: Employer's Name: <input type="checkbox"/> Actual Actual <input type="checkbox"/> última conocido Last known			Dirección del Patrono: Employer's Address: _____			Teléfono del Patrono Employer's Telephone: _____ Patrono provee cubierta de seguro médico: Employer provides medical insurance cover: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No				
¿Se encuentra reclusa/o en una Institución Penitenciaria? <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No Is the person confined to a Penitentiary Institution?										
Indique cuál Indicate which: _____										
Indique si pertenece a las Fuerzas Armadas: Indicate if the person belongs to the Armend Forces: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No				Indique otra persona que pueda ofrecer información: Indicate another who can provide information: Nombre y apellidos: _____ Name and surnames: _____ Parentesco: _____ Relationship: _____ Dirección Postal Postal Address: _____ _____ Teléfono Residencia Residential Address: _____ Teléfono del Trabajo Work Telephone: _____ Teléfono Celular Cellular Telephone: _____						
¿Cuál? _____ Which one? _____										

IV- Información relacionada con la Pensión Alimentaria, si aplica: Information related to the Child Support, if applies:		
Existe una orden de pensión alimentaria: Is there a child support order: <input type="checkbox"/> Si yes <input type="checkbox"/> No Fecha de la Orden Resolución / Sentencia Date of the Decision / Judgment ____/____/____ Día Day Mes Month Año Year	Indique el número de la orden: Indicate the order's number: _____	Cantidad de pensión alimentaria: Amount for child support: \$ _____ Cantidad Amount _____ Frecuencia (mensual, Semanal o bisemanal) Frequency (monthly, weekly or biweekly)
Si existe la Orden, Indique quien emitió la misma: If there is an Order, indicate who issued the same: <input type="checkbox"/> Tribunal PR Court of PR <input type="checkbox"/> Tribunal/Estado Court/State <input type="checkbox"/> ASUME	Indique nombre y apellidos de la persona obligada a proveer la pensión alimentaria: Indicate the name and surnames of the person obligad to provide child support: _____	
Existe deuda de Pensión Alimentaria: Are there arrears on Child Support: <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No Indique la cantidad Indicate the amount \$ _____ Si ud. recibió los pagos directamente y existe deuda, adjunte un historial que muestre el periodo del cómputo de la deuda. If you received the payments directly and there is debt, attach a history of payments that shows the period of the calculation of the debt.		

Entendimiento de los servicios:

Understanding the services:

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.**

ASUME will provide all services needed according to the laws and regulations of the Commonwealth of Puerto Rico and the Federal Government. With your assistance and cooperation, the service will be provided until the culmination of the obligation to provide support and the same is complied. You are forewarned, that your case can be closed for lack of cooperation or because a legal or regulations disposition orders or allows it. It is necessary that any change of address, telephone, or any other new information be informed to the ASUME immediately.

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 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)