



### **INTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE**

**Gracias por solicitar servicios de manutención infantil. Para ofrecer servicios en el día (SDS), proporcione información detallada para facilitar el procesamiento de su aplicación. Si recibe servicios del programa TANF o Medicaid, llame al número que figura más abajo del Centro de Contacto de la División de Servicios de Protección de la Infancia (DCSS).**

**En la solicitud se debe proporcionar al menos una forma de identificación fotográfica, como las siguientes:**

- licencia de conducir válida;
- cualquier otra imagen o foto de identificación emitida por un gobierno internacional, federal, estatal o local, como una tarjeta de residencia o una visa;
- pasaporte válido.

**Los solicitantes DEBEN presentar los siguientes documentos con la solicitud:**

- certificados de nacimiento de todos los niños que hayan nacido **FUERA** de Georgia;
- declaración jurada de paternidad;
- prueba de beneficios recibidos de dependientes del seguro por jubilación, supervivencia y discapacidad (RSDI);
- firmas en todas las páginas y los formularios de notarios, según sea necesario;
- verificación de inscripción escolar, estado, grado y fecha de graduación anticipada si los niños tienen 18 años y aún son estudiantes de secundaria de tiempo completo, y en la orden judicial se establece manutención infantil luego de los 18 años de edad (si corresponde);
- fotocopia de todas las órdenes judiciales existentes (sentencia definitiva de divorcio, acuerdo de separación o de conciliación, orden judicial de manutención infantil emitida en cualquier estado o país extranjero, modificación del orden de manutención, orden de desacato, orden del tribunal de menores u orden temporal). **Excepción:** Se requiere una copia certificada de la orden judicial más reciente en la que se establezca la obligación de manutención si se debe registrar dicha orden para su cumplimiento en otro estado o jurisdicción extranjera, antes de que la DCSS pueda procesar una acción en virtud de UIFSA.

**Cuando se solicitan servicios, se prefieren los siguientes documentos:**

- prueba de custodia física de un menor o dependiente;
- información actual de ingresos (por ejemplo, recibos de sueldo, formularios W-2, declaraciones impositivas de los últimos 3 años con formularios 1099s si es trabajador autónomo, y una declaración jurada financiera completa);
- certificados de nacimiento de todos los niños nacidos en Georgia;
- tarjetas de Seguro Social de todos los niños mencionados en la solicitud (si corresponde);
- recibos o verificación de deducibles y copagos del seguro médico, dental, de la vista y de vida (si corresponde);
- información de gastos educativos extraordinarios para la matrícula, alojamiento y alimentación, aranceles, libros (si corresponde); y
- gastos para la crianza del niño, como lecciones de música o arte, traslado, orquestas, clubes y deportes (si corresponde).
- Un acuerdo de autorización para depósito directo de pagos de manutención infantil si se solicita dicho depósito y un cheque anulado o un comprobante de depósito en caja de ahorro.

***Aviso: Llame sin costo al Centro de Contacto de la DCSS al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347) en los siguientes casos:***

- habla un idioma distinto del inglés en el hogar y necesita asistencia;
- tiene una discapacidad y necesita asistencia o adaptaciones en nuestras oficinas para visitarlas;
- es sordo o tiene una discapacidad auditiva, y necesita asistencia.

Si es usuario de TTY (teléfono de texto), puede comunicarse con nuestra oficina a través del Servicio de Retransmisión de Georgia (7-1-1).

***Aviso: Si es posible, haga copias de la información importante y de la solicitud completa antes de visitar nuestra oficina. De esta forma, podrá conservar sus registros.***

## Derechos y responsabilidades del solicitante

### Entiendo y acepto lo siguiente:

### Firme con sus iniciales lo siguiente:

\_\_\_\_\_ La División de Servicios de Protección de la Infancia (DCSS) tiene autoridad en virtud de las leyes federales y estatales para tomar cualquier acción legal necesaria para determinar la paternidad y determinar, modificar o hacer cumplir una obligación de manutención infantil, incluido el gasto médico. La DCSS no garantiza que los esfuerzos de mi parte sean exitosos, ya que las medidas que tome la división pueden estar sujetas a la discreción del juez.

\_\_\_\_\_ Si recibiera pagos por error (sobrepagos), recibiré una notificación por escrito para establecer un Plan de Reembolso en Cuotas con la DCSS. Entiendo que si no respondo de forma oportuna al tercer y "**Último aviso**" de la DCSS, esta podrá recuperar los pagos de manutenciones infantiles futuras que deba recibir y quedará sujeto a la **interceptación de la devolución de impuestos estatales**.

\_\_\_\_\_ Si la persona nombrada como el padre de mis hijos queda excluida mediante una prueba de paternidad, seré responsable de reembolsar los costos de la prueba a la DCSS.

\_\_\_\_\_ Mis hijos o yo debemos someternos a una prueba genética, debido a que es pertinente para la determinación de la paternidad, si corresponde. Los resultados de la prueba genética no se proporcionarán sin la autorización previa por escrito para divulgar dicha información.

\_\_\_\_\_ Mi caso y la cuenta corriente o de atrasos no se podrán cerrar hasta que no se paguen por completo todas las deudas con el estado, incluidos los pagos atrasados de tarifas y el programa TANF. Si no pago las tarifas o las deudas que mantenga con la DCSS, quedaré sujeto a la **interceptación de la devolución de impuestos estatales**.

\_\_\_\_\_ Los sobrepagos del monto ordenado de manutención se aplicarán primero a los montos adeudados y luego podrían quedar retenidos por la DCSS para pagos futuros.

\_\_\_\_\_ La DCSS puede usar un abogado para establecer, hacer cumplir o modificar la orden de manutención infantil. Como el abogado representa al Estado, no mantengo una relación de privilegio con él. Entiendo que el abogado no se encarga de cuestiones legales como legitimación, custodia o visitas. Por lo tanto, debo recurrir a mi propio abogado privado en relación con estos asuntos.

\_\_\_\_\_ La DCSS me proporcionó un Aviso de Prácticas de Privacidad de conforme a la ley HIPAA. El aviso incluye una explicación de cómo la DCSS puede usar la información médica relacionada con mi solicitud de servicios. También se explica mi derecho de obtener acceso a dicha información médica. Entiendo que la DCSS no compartirá mi información a menos que proporcione una autorización por escrito para solicitar información.

\_\_\_\_\_ La DCSS no divulgará a terceros ninguna información confidencial y personal sin mi autorización previa por escrito para hacerlo.

\_\_\_\_\_ La DCSS no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, opiniones políticas o discapacidad. Si tuviera alguna inquietud sobre mi caso, puedo presentar un reclamo formal ante el administrador de la oficina local. En consecuencia, se realizará una revisión interna de administración.

\_\_\_\_\_ Cuando solicite servicios en calidad de beneficiario, debo tener la custodia legal o física de un menor de edad. En caso de que cambie la custodia del niño, la manutención infantil ordenada podría enviarse al nuevo custodio.

\_\_\_\_\_ Debo notificar a la DCSS sobre cualquier cambio en mi nombre, dirección, número de teléfono u otra información que se necesite para administrar o hacer cumplir mi caso adecuadamente. Esto incluye, entre otros, notificar a la DCSS que solicité beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Entiendo que si no mantengo la información actualizada, la capacidad de la DCSS para distribuir los pagos de forma oportuna puede verse afectada.

\_\_\_\_\_ Debo notificar a la DCSS si el/los niño/s mencionado/s en esta solicitud forma/n parte de un caso de manutención infantil en curso con otro organismo estatal, un abogado privado o una agencia de cobros privada.

\_\_\_\_\_ Cuando se solicitan servicios, se requiere una arancel de aplicación no reembolsable de \$25.00, a menos que los niños o yo recibamos beneficios de TANF o de Asistencia Médica para la Familia (Medicaid). *Se requerirá* el

arancel si solo los niños reciben beneficios de Medicaid o yo vuelvo a solicitar los servicios después de solicitar el cierre del caso, o si la DCSS lo cierra debido a mi falta de cooperación.

\_\_\_\_\_ Se cobrará un arancel de mantenimiento anual de \$35 en cada caso en el que un solicitante nunca haya recibido beneficios de TANF o para quien el Estado haya cobrado al menos \$550.00 de asistencia.

\_\_\_\_\_ Los pagos de manutención infantil se deben enviar al Registro de Asistencia Familiar. Además, no debo aceptar pagos directos del padre o la madre sin custodia (NCP). Si los acepto, es posible que la DCSS cierre mi caso debido a la falta de cooperación.

\_\_\_\_\_ Ante la notificación por escrito de la DCSS, es posible que se cierre mi caso si no coopero. Antes del cierre del caso, debo reembolsar las deudas pendientes, incluidos los aranceles y sobrepagos que se adeuden al momento. Además, debo reembolsar cualquier gasto en el que se haya incurrido en mi nombre. Si el caso se cierra por grave falta de cooperación, no podré reabrirlo o volver a solicitar servicios durante seis (6) meses como mínimo a partir de la fecha en que se cerró el caso.

\_\_\_\_\_ Si solicito el cierre del caso durante un proceso legal para determinar o hacer cumplir una orden de manutención, y el caso es elegible para ello, la DCSS no lo cerrará hasta que no se completen todas las acciones legales y no se paguen por completo todos las tarifas o montos adeudados al estado.

\_\_\_\_\_ La ley federal autoriza a la DCSS a cobrarle un arancel a un individuo que solicitó servicios de manutención infantil y que nunca recibió asistencia de TANF, o que ya no lo hace, para compensar los impuestos estatales y federales. En caso de que se reciba una compensación, se podría evaluar para mi caso un arancel administrativo de \$12.00 por compensación estatal y de \$25.00 por compensación federal.

\_\_\_\_\_ Autorizo a la DCSS a enviar correspondencia de forma electrónica, incluido el correo electrónico, los mensajes de texto y otros métodos. Para asegurar la confidencialidad de dicha correspondencia, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una dirección de correo electrónico segura y activa, y un número de teléfono móvil.

\_\_\_\_\_ Puedo obtener la información del caso y los pagos llamando sin costo al Centro de Contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347). También puedo consultar la información del caso en el sitio web de Atención al Cliente: <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>.

He recibido y leído toda la información del programa en la cual se describen los servicios disponibles, los aranceles y mis derechos y obligaciones. Tengo derecho a formular preguntas antes de presentar la solicitud. Al firmar este documento, autorizo a la División de Servicios de Protección de la Infancia a proporcionar servicios necesarios y adecuados en mi nombre. Certifico que toda la información proporcionada por mí en el portal de la solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo las sanciones penales por realizar declaraciones falsas y jurar en falso en virtud de la sección 16-10-71 del O.C.G.A. Por la presente, certifico que la información proporcionada es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra clara)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

El correo electrónico del solicitante es: (en letra clara) \_\_\_\_\_

# Solicitud de servicios

<b>MARQUE UNA OPCIÓN</b>				
Soy: Padre/Madre con custodia <input type="checkbox"/> Padre/Madre sin custodia <input type="checkbox"/> Tercero con custodia <input type="checkbox"/> Presunto padre <input type="checkbox"/>				
<b>TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque lo que corresponda)</b>				
Todos los servicios disponibles de asistencia <input type="checkbox"/>				
<b>HISTORIAL DE TANF (marque todo lo que corresponda):</b>				
Nunca recibí beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente solo recibo asistencia de Medicaid <input type="checkbox"/>				
Asistencia previa de TANF <input type="checkbox"/> : Recibida desde el _____ hasta el _____				
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA/ TERCERO CON CUSTODIA</b>				
Nombre:				
Apellido		Nombre		Apellido de soltero/a
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		¿Formó parte de una causa de manutención infantil en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Marque todo lo que corresponda.</b>				
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Al-Indoamericano/Nativo de Alaska(N) <input type="checkbox"/> FP-Filipino(F) <input type="checkbox"/> OA-Otro grupo asiático(A) <input type="checkbox"/> UN-Desconocido(U) <input type="checkbox"/> AS-Indo asiático(I) <input type="checkbox"/> GC-Guameño o chamorro(G) <input type="checkbox"/> OT-Otra, Mixta o Múltiple(M) <input type="checkbox"/> VT-Vietnamita(V) <input type="checkbox"/> BL-Negro o Afroamericano(B) <input type="checkbox"/> JP-Japonés(J) <input type="checkbox"/> PE-Persa(R) <input type="checkbox"/> WH-Blanco(W) <input type="checkbox"/> CH-Chino(C) <input type="checkbox"/> KO-Coreano(K) <input type="checkbox"/> PI-Otro Isleño del Pacífico(X) <input type="checkbox"/> SA-Samoano(S) <input type="checkbox"/> Elija no responder <input type="checkbox"/> EA-Asiático del Este (E) <input type="checkbox"/> NH-Nativo de Hawái(P)				
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> CB-Cubano(F) <input type="checkbox"/> CH-Chicano/a(CH) <input type="checkbox"/> MA-Mexicano-Estadounidense(W) <input type="checkbox"/> ME-Mexicano(M) <input type="checkbox"/> NH-No Hispano ni Latino(N) <input type="checkbox"/> OT-Otro Latino/Hispano <input type="checkbox"/> PR-Puertorriqueño(P) <input type="checkbox"/> UN-Desconocido(U) <input type="checkbox"/> Elija no responder				
Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/>		Si está casado/a, indique el nombre del cónyuge actual: _____		
Divorciado/a <input type="checkbox"/> Fecha de divorcio: ___/___/___		Fecha de casamiento: ___/___/___		
Domicilio:				
Calle		Ciudad,	Condado	Estado, Código postal
Dirección de correo postal:				
Calle/Casilla postal postal		Ciudad,	Estado	Código
¿Se puede contactar en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico:		
Teléfono de trabajo:		Teléfono residencial:	Teléfono celular:	
¿El padre o la madre con custodia o el tercero con custodia integra las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique en qué rama: <input type="checkbox"/> Militar retirado				
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA</b>				
¿Tiene actualmente seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿la póliza cubre al menor para quien solicita los servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la compañía de seguros:		N.º de teléfono:		
N.º de póliza:		N.º de grupo:		
<b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>				
¿Ha sido víctima de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿El/los niño/s para quien/es solicita servicios ha/han sido víctima/s de daño físico o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de que corresponda alguna de las preguntas anteriores, o ambas, describa sus inquietudes o adjunte a la solicitud los documentos que respalden su reclamo.				
<b>En virtud de las secciones 19-11-30 y 19-11-131 del O.C.G.A., la DCSS no divulgará información que suponga un riesgo de sufrir daño físico o emocional para usted o sus hijos. En dichas instancias, se activará un indicador de violencia familiar en su caso de manutención infantil.</b>				
Luego, se codificará su caso para asegurar que no se divulgue información a otro estado o jurisdicción extranjera, que pueda suponer un riesgo para usted o su/s hijo/s.				

**NIÑOS PARA LOS CUALES NECESITA LOS SERVICIOS**

**Códigos de raza: Ingrese el "Código de raza" para cada niño en el casillero correspondiente.**

Código	Raza	Código	Raza	Código	Raza	Código	Raza
AI	Indoamericano/Nativo de Alaska(N)	FP	Filipino(F)	OA	Otro grupo asiático(A)	UN	Desconocido(U)
AS	Indo asiático(I)	GC	Guameño/Chamorro(G)	OT	Otra, Mixta/Múltiple(M)	VT	Vietnamita(V)
BL	Negro o afroamericano(B)	JP	Japonés(J)	PE	Persia(R)	WH	Blanco(W)
CH	Chino(C)	KO	Coreano(K)	PI	Otro Isleño del Pacífico(X)		
EA	Asiático del Este(E)	NH	Nativo de Hawái(P)	SA	Samoano(S)	NA	Elija no responder

**Códigos de etnia: Ingrese el "Código de etnia" para cada niño en el casillero correspondiente.**

Código	Etnia	Código	Etnia
CB	Cubano(F)	NH	No hispano o latino(N)
CH	Chicano/a(CH)	OT	Otro Latino/Hispano(O)
MA	Mexicano-Estadounidense(W)	PR	Puertorriqueño(P)
ME	Mexicano(M)	UN	Desconocido(U)
NA	Elija no responder		

Nombre del niño/a (Apellido, nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Sexo M/F	Raza Código	Etnia Código	Extra- matrimonial Sí/No	Paternidad establecida por: ¿orden judicial/prueba de paternidad? Fecha:

Su relación con el/los niño/s:  Madre biológica  Padre biológico  Custodio  Tercero/Pariente  
 Tutor legal (se requiere prueba de la tutela)  Otra: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE PAGO PARA EL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA/CUSTODIO**

A menos que se solicite un depósito directo, se proporcionará una tarjeta de débito para los pagos de manutención infantil. Si se opta por el depósito directo, se requiere un formulario aparte y un cheque anulado o comprobante de depósito.

**INFORMACIÓN DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Apellido de soltero/a
----------	--------	----------------	-----------------------

Apodo o sobrenombre: \_\_\_\_\_

Número de seguro social:	Fecha de nacimiento o edad:	Lugar de nacimiento:
--------------------------	-----------------------------	----------------------

Sexo: Masculino  Femenino

Estado civil: Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Si está casado/a, indique el nombre del cónyuge actual: \_\_\_\_\_  
 Divorciado/a  Fecha de divorcio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de casamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Color de ojos:	Color de pelo:	Peso:	Altura:
----------------	----------------	-------	---------

**Marque todo lo que corresponda.**

**Raza:**  AI-Indoamericano/Nativo de Alaska(N)  FP-Filipino(F)  OA-Otro grupo asiático(A)  UN-Desconocido(U)  
 AS-Indoasiático(I)  GC-Guameño o chamorro(G)  OT-Otra, Mixta o Múltiple(M)  VT-Vietnamita(V)  
 BL-Negro o Afroamericano(B)  JP-Japonés(J)  PE-Persa(R)  WH-Blanco(W)  
 CH-Chino(C)  KO-Coreano(K)  PI-Otro Isleño del Pacífico(X)  
 EA-Asiático del Este (E)  NH-Nativo de Hawái(P)  SA-Samoano(S)  Elija no responder

**Etnia:**  CB-Cubano(F)  CH-Chicano/a(CH)  MA-Mexicano-Estadounidense(W)  ME-Mexicano(M)  
 NH-No Hispano ni Latino(N)  OT-Otro Latino/Hispano  PR-Puertorriqueño(P)  UN-Desconocido(U)  
 Elija no responder

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_  Es dueño de esta propiedad u otra

Calle	Ciudad,	Condado	Estado,	Código postal
Domicilio <input type="checkbox"/> Actual o <input type="checkbox"/> Último conocido			Número/s de teléfono:	
Otra dirección posible:				
Calle	Ciudad,	Condado	Estado,	Código postal
N.º de licencia de conducir:			Estado:	
<b>EMPLEO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA</b>				
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Autónomo		Tipo de actividad comercial:		Ocupación usual:
Empleador actual o último conocido:			N.º de teléfono:	
Fecha de empleo: desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___				
Supervisor:			Cargo:	
Dirección:				
Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Ingreso bruto: \$		Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual Si es posible, adjunte recibos de sueldo.		
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA</b>				
¿El "presunto" padre o NCP tiene actualmente seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.			En caso afirmativo, ¿la póliza cubre al menor para quien solicita los servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguros:			N.º de teléfono:	
N.º de póliza:				
Prima mensual: \$ _____			Monto que se paga para el niño: \$ _____	
<b>OTRAS FUENTES/RECURSOS DE INGRESOS</b>				
Beneficios federales recibidos: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> Retiro Ferroviario <input type="checkbox"/> Administración pública <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Recibe SSI				
¿Recibe beneficios por desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Recibe beneficios del plan de pensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué compañía?				
¿Licencias profesionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué tipo?				
¿El padre o la madre sin custodia integra las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique en qué rama: <input type="checkbox"/> Militar retirado				
<b>ANTECEDENTES DE ENCARCELAMIENTO</b>				
¿Ha estado el padre o la madre sin custodia en <input type="checkbox"/> prisión o <input type="checkbox"/> en período de prueba o tiene antecedentes de esto último?				
Si estuvo en prisión, indique la fecha: desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___				
Nombre de la institución: _____				
Dirección o ciudad/estado de la institución: _____				
Si estuvo en período de prueba o tiene antecedentes de esto último, indique lo siguiente:				
Fechas del historial: desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___				
Finalización del período de prueba: ___/___/___				
Nombre del oficial del período de prueba o libertad condicional:				
Nombre del oficial del período de prueba o libertad condicional:				
<b>HISTORIAL FAMILIAR DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA</b>				
Madre:		Apellido de soltera:		N.º de Teléfono: ( )
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:		
Dirección:				
Calle	Ciudad,	Condado	Estado,	Código postal
Padre:			N.º de teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:		
Dirección:				
Calle	Ciudad,	Condado	Estado,	Código postal
Otro familiar conocido:			Relación:	
Dirección:				
Calle	Ciudad,	Condado	Estado,	Código postal
Otras direcciones de contacto (amigos, etc.):				
Nombre	Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
Otro teléfono de contacto:				
<b>Complete esta sección SOLO si NO es el padre o la madre del/los niño/s</b>				

Yo, \_\_\_\_\_ soy el responsable legal del/los niño/s mencionado/s anteriormente. El \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ obtuve la custodia legal del/los niño/s (se requiere prueba de dicha custodia). Los documentos admisibles incluyen, entre otros, órdenes de custodia de un tribunal de menores, órdenes de custodia de un tribunal superior y órdenes de custodia de un tribunal testamentario.  
 Mi relación con el/los niño/s es \_\_\_\_\_. El/los niño/s se mudó/mudaron conmigo el (MM/DD/AA): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Madre biológica (indique si falleció):  
 Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Condado, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Padre biológico (indique si falleció):  
 Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Condado, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por la presente, juro y afirmo, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné en la Solicitud de Servicios de Manutención Infantil es fiel y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que realizar declaraciones falsas a sabiendas y jurar en falso es punible por las leyes de Georgia con multas de hasta \$1.000, entre uno y cinco años de prisión, o ambos. Por la presente, certifico la veracidad de la información proporcionada.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la oficina de la DCSS:**

Fecha de presentación de la solicitud (requerida): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Solicitud proporcionada (fecha indicada en persona o por correo postal; requerida): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Solicitud proporcionada por (se requiere nombre y apellido del miembro del personal): \_\_\_\_\_

(Aviso: Las regulaciones federales exigen que una solicitud se proporcione el mismo día a los individuos que realizan solicitudes en persona o en un plazo de 5 días laborables a partir de una solicitud telefónica o por escrito. Consulte la sección [303.2\(a\)\(2\) del Título 45 del CFR](#)).

Fecha de devolución a la DCSS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha en que se procesó la solicitud (requerida): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Procesada por (nombre y apellido) \_\_\_\_\_ N.º de STARS: \_\_\_\_\_ Arancel de la solicitud ABONADO (Si/No): []; En caso negativo, ¿por qué no? \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA PERSONAL/FINANCIERA

Número de caso de STARS: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o la madre sin custodia: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o la madre con custodia: \_\_\_\_\_

**PADRE/MADRE CON CUSTODIA**       **PADRE O MADRE SIN CUSTODIA**       **TERCERO CON CUSTODIA**

### INFORMACIÓN PERSONAL:

Su nombre: \_\_\_\_\_ Nacido/a en: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Otros nombres de casado/a, apodos, etc.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Condado                      Código postal

### ADOPCIÓN/HOGAR DE GUARDA

Recibe actualmente     Nunca recibió     Reunificación/Plan de hogar de guarda

¿Cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_

### SU EMPLEO:

Empleado     Desempleado     Autónomo    Tipo de actividad comercial: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ No. de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Condado                      Código postal

Empleado desde el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_     Sindicato: \_\_\_\_\_ No. local: \_\_\_\_\_

Ingreso BRUTO: \$ \_\_\_\_\_ (adjuntar recibos de sueldo)    Frecuencia de pago:  Semanal;  Bisemanal;  Mensual;  Bimensual

¿Tiene alguna licencia profesional?  Sí  No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ No. de licencia: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL BANCO/COOPERATIVA DE CRÉDITO

\_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  Cuenta corriente  Caja de ahorros No. de cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  Cuenta corriente  Caja de ahorros No. de cuenta: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE TANF (BENEFICIOS SOCIALES):

Nunca recibió TANF     Actualmente recibe TANF     Previamente recibió TANF     Historial desconocido

Solo recibe Medicaid.  Solo recibe cupones para alimentos. Recibió TANF desde el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### EMPLEO ANTERIOR (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

Proporcione la ciudad, el estado y el nombre del empleador. No se requiere la dirección completa.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador                      Ciudad, Estado                      Fecha del empleo

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador                      Ciudad, Estado                      Fecha del empleo

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador                      Ciudad, Estado                      Fecha del empleo

### HISTORIAL EDUCATIVO:

Nivel educativo más alto que haya alcanzado: \_\_\_\_\_

Título más alto que haya obtenido:  Ninguno     GED     Título de asociado o de instituto técnico     Título universitario o superior

Última escuela a la que asistió (secundaria, de oficios, de estudios superiores): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre                      Calle                      Ciudad                      Estado                      Código postal    Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre                      Calle                      Ciudad                      Estado                      Código postal    Número de teléfono

### ÓRDENES PREEXISTENTES DE MANUTENCIÓN INFANTIL QUE SE PAGAN PARA OTROS NIÑOS:



NOMBRE DEL TRIBUNAL Y NÚMERO DEL CASO	FECHA INICIAL DE LA ORDEN JUDICIAL	NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	¿EL NIÑO RECIBE TANF?	MONTO QUE SE PAGA REGISTRO DE GASTOS REQUERIDO
				\$
				\$
				\$
				\$

**OTROS NIÑOS**

NOMBRE _____ NACIDO/A EN ___/___/___	NOMBRE _____ NACIDO/A EN ___/___/___
--------------------------------------	--------------------------------------

**SU RESUMEN FINANCIERO**

Fuente de ingresos brutos	Monto bruto mensual promedio	Fuente de gastos	Monto bruto mensual promedio
Sueldo/Salario (no incluir TANF)	\$	Pago de alquiler o hipoteca	\$
Comisiones, aranceles y propinas	\$	Servicios públicos (electricidad, gas natural, propano, teléfono)	\$
Ingresos por trabajo autónomo [Consulte la sección 19-6-15 (f)(1)(B) del Código Oficial Comentado de Georgia para obtener más información]	\$	Cuidado infantil (se requieren pruebas)	\$
		Manutención abonada (se requieren pruebas)	\$
Bonus	\$	Alimentos	\$
Pagos por horas extra	\$	Facturas o gastos médicos (sin cobertura de seguro) (se requieren pruebas)	\$
Pago por indemnización	\$	Multas de período de prueba o libertad condicional	\$
Ingresos recurrentes de pensiones o planes de retiro	\$	Pago de vehículo	\$
Ingresos por intereses	\$	Vestimenta	\$
Ingresos por dividendos	\$	Costos de transporte/visitas (se requieren pruebas)	\$
Ingresos por fideicomiso	\$	Manutención infantil abonada por orden judicial previa	\$
Ingresos de rentas	\$	Impuestos inmobiliarios	\$
Ganancias de capital	\$	Recreación	\$
Seguro Social por retiro o discapacidad (no incluir ingresos de seguridad suplementarios ni pagos para niños)	\$	Seguro de salud (se requieren pruebas)	\$
Beneficios de compensación del empleado	\$	Seguro de vida (se requieren pruebas)	\$
Beneficios de compensación por desempleo	\$	Seguro (automóvil, hogar)	\$
Pagos de sentencias por daños personales u otros procesos civiles	\$	Seguro dental o de la vista (se requieren pruebas)	\$
Donación (efectivo u otros regalos que se puedan convertir en efectivo)	\$	Quiebra	\$
Premios o ganancias de lotería	\$	Gastos educativos extraordinarios (es decir, matrícula, libros, alojamiento y alimentación) (se requieren pruebas)	\$
Manutención y mantenimiento de personas que no estén en este caso	\$	Gastos médicos extraordinarios del niño (copagos, deducibles) (se requieren pruebas)	\$
Activos que se usan para mantener a la familia	\$	Gastos especiales para la crianza del niño (es decir, campamento, orquesta, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	\$
Beneficios complementarios (si reducen significativamente los gastos diarios)	\$	Otros:	\$
Otros ingresos incluido el ingreso imputado: (no incluir asistencia pública sujeta a comprobación de ingresos, como TANF o cupones para alimentos)	\$		\$
<b>INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL:</b>	<b>\$</b>	<b>GASTO MENSUAL TOTAL:</b>	<b>\$</b>

**SUS ACTIVOS:** (cuentas bancarias, bonos, seguro de vida entera, valor en efectivo de permuta de incumplimiento crediticio, cuentas del mercado de dinero, propiedades, acciones, vehículos, etc.)

Descripción del activo	Valor	Ubicación o sucursal del activo
	\$	
	\$	
	\$	

Entiendo las sanciones penales por realizar declaraciones falsas y jurar en falso en virtud de la sección 16-10-71 del O.C.G.A. Por la presente, certifico que la información proporcionada es verdadera. Jurado y suscrito ante mí,

Su firma: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del notario público: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la comisión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SELLO DEL NOTARIO:**

## Declaración jurada de paternidad

**El presente formulario se REQUIERE para cada niño de este caso, si corresponde alguna de las siguientes situaciones:**

- Los padres del niño no estaban casados al momento de la concepción o nacimiento, y no se ha determinado la paternidad.
- La paternidad se determinó en Georgia (los padres estaban casados o firmaron un formulario de reconocimiento de paternidad), pero actualmente se rechaza o refuta.
- Se duda de la paternidad por otro motivo.

**Mi nombre es \_\_\_\_\_ y soy:**

la MADRE solicitante de servicios de manutención infantil en calidad de  madre con custodia  madre sin custodia

TERCERO con custodia (CU) del/los niño/s (complete el presente formulario según su leal saber y entender)

el (PRESUNTO) PADRE solicitante de servicios de manutención infantil en calidad de  padre sin custodia  padre con custodia.

Información del niño			
<b>Nombre del niño tal como figura en el certificado de nacimiento</b>			
Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Raza	Relación con solicitante de los servicios
<b>El niño fue concebido en:</b> Ciudad		Estado	País
<b>Nombre del hospital donde nació el niño:</b> _____			
Ciudad		Estado	País
<b>¿Nombre del padre del niño?</b> _____		¿El nombre figura en el certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información sobre la relación entre la madre y el presunto padre			
<b>Estado civil de la madre al momento del nacimiento del niño:</b> <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada el ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Divorciada el ____/____/____			
Nombre del esposo o exesposo: _____			
Creo que _____ es el padre de mi/s hijo/s ya que tuvimos contacto sexual. (Nombre del presunto padre)			
Condado de concepción _____			
¿Ha nombrado la madre a <b>alguien más</b> como el padre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En duda			
En caso afirmativo, indique el nombre: _____		Dirección: _____	
¿Alguna vez firmó el presunto padre una Declaración de paternidad o un Reconocimiento de paternidad para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b> ____/____/____		<b>¿En qué Estado?</b> _____	
¿El presunto padre proporcionó manutención infantil, cosas necesarias o regalos para el niño? ¿De qué forma?			
¿Alguna vez se realizó una prueba de paternidad de este presunto padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, adjunte una copia de los RESULTADOS			
¿Alguna vez se realizó una prueba de paternidad de otro hombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, adjunte una copia de los RESULTADOS			

Quien suscribe compareció ante el funcionario abajo firmante, debidamente autorizado para tomar declaraciones, y declara bajo juramento que las afirmaciones anteriores sobre la paternidad son verdaderas y correctas. Entiendo que es posible que se requieran pruebas médicas para determinar la paternidad legal del/los niño/s mencionado/s anteriormente. Al firmar este documento, autorizo a la División de Servicios de Protección de la Infancia a proporcionar servicios necesarios y adecuados en mi nombre relacionados con las pruebas genéticas y acciones legales para determinar la paternidad del/los niño/s.

Certifico que toda la información proporcionada por mí es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo las sanciones penales por realizar declaraciones falsas y jurar en falso en virtud de la sección 16-10-71 del O.C.G.A. Por la presente, certifico que la información proporcionada es verdadera.

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del notario público: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la comisión: \_\_\_\_\_

**SELLO DEL NOTARIO**

Número de caso de la DCSS: «FIELD52»

# **Aviso sobre prácticas de privacidad de HIPAA**

## **Departamento de Servicios Humanos de Georgia**

*Fecha de entrada en vigencia: 18 de enero de 2021*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN.**

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) es el organismo del poder ejecutivo del Gobierno de Georgia a cargo de la administración de muchos programas federales responsables del almacenamiento, el uso y el mantenimiento de información médica y otros tipos de información confidencial. Las leyes federales y estatales establecen requisitos estrictos para estos programas en cuanto al uso y la divulgación de información confidencial y protegida. El DHS debe cumplir con esas leyes, tal como se indica a lo largo de este Aviso.

### **OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:**

La ley exige al DHS lo siguiente:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida;
- Entregarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted
- Cumplir con los términos del aviso que esté en vigencia actualmente.

### **DE QUÉ MANERA EL DHS DEBE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA:**

A continuación, se describen las formas en las que el DHS puede usar y divulgar información médica que lo identifica a usted ("Información Médica"). Salvo en el caso de los fines que se describen a continuación, el DHS usará y divulgará su Información Médica únicamente con su autorización por escrito. Puede comunicándose con el funcionario de privacidad de HIPAA (información de contacto mencionada anteriormente) para anular esa autorización en cualquier momento.

***Para el tratamiento.*** El DHS puede usar y divulgar la Información Médica necesaria para realizar su tratamiento y para brindarle los servicios médicos relacionados con su tratamiento. Por ejemplo, el DHS puede divulgar Información Médica a médicos, enfermeros, técnicos u otros empleados que participen en su atención médica y necesiten la información para ofrecerle la atención médica.

***Para el pago.*** El DHS puede usar y divulgar Información Médica para que el DHS y otros puedan facturar y recibir los pagos relacionados con su atención, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, el DHS puede brindar información sobre su plan de salud para que se pueda pagar el tratamiento.

***Para operaciones sanitarias.*** El DHS puede usar y divulgar Información Médica con fines de operaciones sanitarias. Estos usos y divulgaciones son necesarias para asegurar que se reciba una atención de calidad y para operar, dirigir y administrar las funciones del organismo. Por ejemplo, el DHS puede usar y divulgar información para asegurar que la atención médica que usted reciba sea de la mejor calidad. El DHS también puede compartir información con otras entidades relacionadas con usted (por ejemplo, su plan de salud) para que realicen sus actividades de operaciones sanitarias.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud.** El DHS puede usar y divulgar Información Médica para comunicarse con usted a fin de recordarle una cita con un médico. El DHS también puede usar y divulgar Información Médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que le podrían interesar.

**Personas que participan en su atención o el pago de su atención.** Cuando sea pertinente, el DHS puede compartir Información Médica con una persona que participe en su atención médica o el pago de su atención, como un familiar o amigo cercano. El DHS también puede notificar a su familia sobre su ubicación o estado general, o divulgar esa información a una entidad que asista en actividades de socorro.

**Investigación.** En algunas circunstancias, el DHS puede usar y divulgar Información Médica para investigación. Por ejemplo, puede haber un proyecto de investigación para comparar la salud de los pacientes que realizaron un tratamiento con los hicieron otro tratamiento para la misma enfermedad. Antes de que el DHS use o divulgue Información Médica para investigaciones, el proyecto pasará por un proceso de autorización especial. Incluso sin una autorización especial, el DHS puede permitir a investigadores que miren los registros a fin de identificar a los pacientes que se podrían incluir en su proyecto de investigación o con fines similares, siempre y cuando no eliminen ni se lleven una copia de ninguna Información Médica.

### **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Según lo exige la ley.** El DHS divulgará Información Médica cuando lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

**Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.** El DHS puede usar y divulgar Información Médica cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de otra persona. La divulgación, sin embargo, se hará únicamente a las personas que puedan ayudar a evitar la amenaza.

**Socios comerciales.** El DHS también puede divulgar Información Médica a nuestros socios comerciales que realicen funciones en nuestro nombre o que nos brinden servicios si la información es necesaria para esas funciones o servicios. Por ejemplo, el DHS puede utilizar los servicios de otra entidad para realizar la facturación. Todos los socios comerciales del DHS están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, el DHS puede usar o entregar Información Médica a organizaciones que se dedican a la obtención de órganos u otras entidades que participen en la obtención, el abastecimiento de bancos y el transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el transplante de órganos, ojos o tejidos.

**Militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, el DHS puede divulgar la Información Médica que soliciten las autoridades militares. El DHS también puede divulgar Información Médica a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de fuerzas extranjeras.

**Indemnización por accidentes laborales.** El DHS puede divulgar Información Médica a programas de indemnización por accidentes laborales o programas similares. Estos programas proveen los beneficios por accidentes o enfermedades laborales.

**Riesgos para la salud pública.** El DHS puede divulgar Información Médica para actividades de salud pública. Estas actividades suelen incluir la divulgación a fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad, informar nacimientos y defunciones, denunciar abuso o abandono infantil, informar reacciones a medicamentos o problemas con productos, notificar a las personas sobre la retirada de un producto que pueden estar usando, notificar a una persona que se pudo haber expuesto a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad, e informar a las autoridades gubernamentales correspondientes si se cree que un paciente fue víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. El DHS únicamente hará esta divulgación si usted está de acuerdo o si lo exige o lo autoriza la ley.

**Actividades de supervisión de la salud.** El DHS puede divulgar Información Médica a un organismo de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión de la salud incluyen, por ejemplo, auditorías,

investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

***Fines de notificación de una violación a la confidencialidad de la información.*** El DHS puede usar o divulgar su Información Médica protegida a fin de emitir avisos exigidos por ley en caso de que se haya accedido a su Información Médica o se la haya divulgado sin la autorización correspondiente.

***Juicios y litigios.*** Si está involucrado en un juicio o litigio, el DHS puede divulgar Información Médica si nos lo exige una orden administrativa o judicial. El DHS también puede divulgar Información Médica en caso de citación judicial, pedido de presentación de pruebas y otro proceso legal de otra persona que esté involucrada en el litigio, pero únicamente si se ha hecho todo lo posible para informarle a usted sobre el pedido o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

***Seguridad pública.*** El DHS puede divulgar Información Médica si nos lo pide una autoridad de seguridad pública en los siguientes casos: 1) por orden judicial, citación judicial, orden de arresto o procesos similares; 2) cuando se requiere información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencia o persona desaparecida; 3) cuando se trate de una víctima de un delito, incluso cuando, en algunas circunstancias muy limitadas, no podamos obtener la autorización de la persona; 4) cuando se trate de una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta ilegal; 5) en caso de conducta ilegal en nuestras instalaciones; y 6) en caso de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

***Forenses, médicos legistas y funerarias.*** El DHS puede divulgar Información Médica a un forense o médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. El DHS también puede divulgar Información Médica a funerarias cuando la necesiten para llevar a cabo sus tareas.

***Actividades de seguridad nacional e inteligencia.*** El DHS puede divulgar Información Médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

***Servicios de protección para el presidente y otros.*** El DHS puede divulgar Información Médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

***Reclusos o personas bajo custodia.*** Si usted es un recluso en una correccional o está bajo la custodia de una autoridad de seguridad pública, el DHS puede divulgar Información Médica sobre usted a la correccional o a la autoridad de seguridad pública. Esta divulgación se realizaría si fuera necesaria en los siguientes casos: 1) para que la institución le brinde la atención sanitaria, 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otros, o 3) para proteger la seguridad de la correccional.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE EL DHS LE DE LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR:**

***Personas que participan en su atención o el pago de su atención.*** A menos que usted lo objete, el DHS puede divulgar a un miembro de su familia, pariente, amigo cercano u otra persona que identifique Información Médica protegida que se relacione directamente con la participación que tenga esa persona en su atención médica. Si usted no es capaz de aceptar u objetar esa divulgación, el DHS puede divulgar la información cuando sea necesario si se determina que es por su bien de acuerdo con los criterios profesionales del DHS.

***Socorro.*** El DHS puede divulgar su Información Médica protegida a organizaciones de socorro que necesiten su Información Médica protegida para coordinar su atención o notificar a su familia o amigos sobre su ubicación y su estado en caso de desastre. El DHS le dará la oportunidad de aceptar u objetar dicha divulgación cuando sea viable.

## **SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES:**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Médica protegida se realizarán únicamente con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información Médica protegida a fines de comercialización.
2. Divulgaciones que constituyan la venta de su Información Médica protegida.

Otros usos y divulgaciones de Información Médica protegida que no cubra este Aviso ni las leyes que se aplican al DHS se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si usted da su autorización al DHS, podrá anularla en cualquier momento presentando una revocación por escrito al funcionario de privacidad mencionado anteriormente. Cuando el DHS reciba la revocación, ya no seguirá divulgando la Información Médica protegida que estaba autorizada. Sin embargo, las divulgaciones que se realizaron de acuerdo con su autorización antes de que la haya anulado no estarán afectadas por la revocación.

## **SUS DERECHOS:**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la Información Médica que tiene el DHS:

***Derecho a revisar y copiar.*** Tiene derecho a revisar y copiar la Información Médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, salvo las notas de psicoterapia. Para revisar y copiar esta Información Médica, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. El DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición la Información Médica protegida y el DHS puede cobrarle una tarifa razonable por el costo de copiado, envío por correo u otros insumos relacionados con su solicitud. El DHS no le puede cobrar ninguna tarifa si necesita la información para un reclamo de beneficios de conformidad con la Ley de Seguridad Social u otro programa de beneficios estatal o federal basado en necesidades. El DHS puede rechazar su solicitud en algunas circunstancias limitadas. Si el DHS rechaza su solicitud, tiene derecho a pedir que un profesional sanitario licenciado que no haya participado directamente en el rechazo de su solicitud lo revise, y el DHS cumplirá con el resultado de la revisión.

***Derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos.*** Si su Información Médica protegida se guarda en formato electrónico (lo que se conoce como registro médico electrónico), tiene derecho a solicitar que se le entregue a usted o a otra persona o entidad una copia en formato electrónico de su registro. El DHS hará todo lo posible por brindarle acceso a su Información Médica protegida en la forma o el formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente en esa forma o formato. Si la Información Médica protegida no se puede producir fácilmente en el formato o la forma que usted solicita, se le entregará el registro en el formato electrónico estándar que tengamos. Si no quiere este formato o forma, se le entregará una copia legible en papel. El DHS puede cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por el trabajo relacionado con la transmisión del registro médico electrónico.

***Derecho a ser notificado en caso de violación de la privacidad.*** Tiene derecho a ser notificado en caso de que se viole la privacidad de cualquier Información Médica protegida sin autorización.

***Derecho a modificar.*** Si cree que la Información Médica que tiene el DHS es incorrecta o está incompleta, puede pedir al DHS que modifique la información. Tiene derecho a solicitar una modificación durante el tiempo que la información se guarde en nuestra oficina o para nuestra oficina. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente.

***Derecho un registro de divulgaciones.*** Tiene derecho a solicitar una lista de algunas divulgaciones hechas por el DHS de Información Médica con fines que no hayan sido de tratamiento, pago y operaciones sanitarias o que usted haya autorizado por escrito. Para solicitar un registro de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente.

***Derecho a solicitar restricciones.*** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la Información Médica que el DHS use o divulgue para el tratamiento, pago u operaciones sanitarias. También tiene derecho a solicitar un límite en la Información Médica que divulga el DHS a alguien que participa en su atención o el pago de su atención, como familiar o

amigo. Por ejemplo, puede pedir que el DHS no comparta información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. El DHS no tiene la obligación de aceptar su solicitud a menos que esté solicitando al DHS que restrinja el uso y la divulgación de su Información Médica protegida a un plan médico para el pago o con fines de operaciones sanitarias y la información que usted desea restringir esté relacionada únicamente con un tema o servicio de atención médica que usted haya pagado completamente de su bolsillo. Si el DHS acepta la solicitud, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia.

***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene derecho a solicitar que el DHS se comunique con usted por cuestiones médicas en una determinada manera o en un lugar en particular. Por ejemplo, puede pedir al DHS que solo se comunique con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. Su solicitud debe especificar cómo o cuándo desea que nos comuniquemos con usted. El DHS cumplirá con todas las solicitudes razonables.

***Derecho a una copia en papel de este aviso.*** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad. También puede obtener una copia en el sitio web del DHS, en la página de inicio de la Oficina del Asesor General: <https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel>

#### **MODIFICACIONES A ESTE AVISO:**

El DHS se reserva el derecho a modificar este aviso y a plicar el nuevo aviso a la Información Médica que ya se obtuvo y a la información que se reciba en el futuro. El DHS publicará una copia del aviso vigente en nuestras oficinas y en el sitio web <https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel>. Este aviso incluirá la fecha de entrada en vigencia la esquina superior derecha de la primera página.

#### **RECLAMOS:**

Si tiene alguna duda con respecto a este aviso, contáctese:

Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
Funcionario de privacidad  
2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor  
Atlanta, GA 30303-3142  
[HIPAADHS@dhs.ga.gov](mailto:HIPAADHS@dhs.ga.gov)

Si cree que se han violado su derecho a la privacidad, puede presentar un reclamo por escrito al funcionario de privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. **No se lo castigará por presentar un reclamo.**

También puede presentar un reclamo al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles (OCR). Si desea obtener más información sobre los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), las transacciones electrónicas de conformidad con la HIPAA, y las normas de códigos y las reglas de seguridad de HIPAA propuestas, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>.

Si tiene dudas sobre su salud o sus servicios de atención médica, debe contactarse con su proveedor de atención médica (médico, farmacia, hospital u otro proveedor).

---

[SIGUE PÁGINA DE FIRMAS]

# PÁGINA DE FIRMAS

Si desea acusar recibo de este Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA del DHS, firme a continuación, y envíe esta página a la dirección que se encuentra a continuación:

He leído este Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA del DHS, lo comprendo y acuso recibo.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre en letra imp

**Dirección de envío:**

[Ingresar la dirección local aquí]





## DIVISIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Para que le envíe la manutención infantil directamente a su cuenta corriente, lea, complete e imprima el presente formulario. Adjunte un cheque anulado. Envíe por correo tanto el cheque como el formulario a la oficina local de servicios de manutención infantil.

**Aviso: La manutención infantil se puede depositar directamente a una cuenta corriente o caja de ahorro.**

<b>Sección 1:</b>		<b>Acuerdo de autorización para el depósito directo de los pagos de manutención infantil</b>	
Autorizo a la División de Servicios de Protección de la Infancia (DCSS) a depositar los pagos de manutención infantil directamente en mi cuenta corriente o caja de ahorro. Además, se autoriza a la DCSS a ajustar los depósitos excesivos o insuficientes que haya realizado en mi cuenta corriente o caja de ahorro. Entiendo que los depósitos o ajustes se realizarán de forma electrónica por medio de transacciones ACH. Además, entiendo que debo darle a la Reserva Federal dos días laborables a partir de la fecha de desembolso para que los fondos estén disponibles en mi institución financiera. También entiendo lo siguiente: Es mi responsabilidad proporcionar la información correcta del número de ruta y la cuenta bancaria para las transacciones ACH. Debo adjuntar un cheque anulado o documento impreso de la institución financiera en la presente autorización. La DCSS no realiza un preaviso para verificar mi información. Si mi información bancaria se modifica, se lo notificaré de inmediato a la DCSS. Para cambiar el depósito directo, debo presentar un nuevo formulario de autorización. Para cancelar el depósito directo, debo notificar al Centro de Comunicaciones o la oficina local de la DCSS. Si mi dirección se modifica, debo notificar la oficina local de la DCSS. Debo incluir mi nombre y el número de caso en toda la correspondencia relacionada con el depósito directo. El Centro de Comunicaciones de la DCSS y el sitio web proporcionan la fecha en que el sistema desembolsó el pago. Debo verificar en mi institución financiera que el pago se efectúe en mi cuenta y los fondos estén disponibles para retirar.			
<b>Al firmar a continuación, indico que he leído y aceptado todas las cláusulas mencionadas anteriormente.</b>			
Firma: _____		Fecha de suscripción: _____	
<b>**ESCRIBA O IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN EN TINTA**</b>			
<b>Sección 2:</b>		<b>INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA</b>	
Nombre: (Según figure en el cheque de la DCSS de Georgia)		Número de caso de la DCSS de Georgia:	
Número de seguro social:		Números de caso adicionales de la DCSS de Georgia:	
Dirección de correo postal:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono diurno:		Correo electrónico:	
<b>Sección 3:</b>		<b>INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA</b>	
Nombre de la institución financiera:			
Número de ruta	Número de cuenta	Tipo de cuenta: [ ] Cuenta corriente [ ] Caja de ahorro	
Ciudad:		Estado:	Teléfono:
<b>Sección 4:</b>		<b>Para uso exclusivo de la DCSS.</b>	
Fecha de recepción:	Fecha de entrada:	Iniciales:	
Fecha de verificación	Iniciales:		

**Verifique toda la información y envíe por correo a la oficina local de la DCSS este formulario completo y un cheque anulado/documento impreso de la institución financiera. Tilde esta opción si se trata de una cuenta bancaria solo de tarjeta.**

**Para su información:** Si tiene acceso a Internet, puede consultar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicio al Cliente: <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Los usuarios por primera vez deben registrarse para obtener nombre de usuario y contraseña. Una vez que se haya registrado su caso, puede obtener el número de registro individual (IRN) llamando sin costo al Centro de Contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347).



### **Tarjeta de débito Georgia EPPICard MasterCard**

La División de Servicios de Protección de la Infancia (DCSS) no envía por correo pagos de manutención infantil por medio de cheques de papel. Si no presentó una solicitud para que se depositen los pagos de manutención infantil en su cuenta corriente o caja de ahorro, se le enviará una tarjeta de débito MasterCard por correo de primera clase en un plazo de 7 a 10 días hábiles a partir de la fecha en que el primer pago de manutención infantil se asigne a su caso.

La tarjeta de débito Georgia EPPICard MasterCard le permite hacer lo siguiente:

1. realizar compras en comercios donde se acepten tarjetas de débito MasterCard;
2. obtener dinero en efectivo en comercios donde se acepten tarjetas de débito MasterCard;
3. realizar retiros de efectivo a través del cajero de un banco o un cajero automático (ATM) en lugares donde acepten MasterCard;
4. obtener acceso a los pagos de manutención infantil en cualquier parte de los Estados Unidos donde se acepten tarjetas de débito MasterCard.



Si no recibe su tarjeta EPPICard en un plazo de 7 a 10 días hábiles a partir de la fecha en que el primer pago de manutención infantil se asigne a su caso, comuníquese con el Servicio al Cliente de Georgia EPPICard al 1-800-656-1347 (TTY: 1-855-260-3119). Una vez que haya recibido y activado la tarjeta, podrá recibir alertas de pago en la cuenta que cree en el sitio web de EPPICard.

La tarjeta Georgia EPPICard vencerá cada 3 años, y se le enviará por correo una nueva tarjeta.

**Asegúrese de actualizar su dirección en los registros de la DCSS cada vez que esta se modifique.**

**Para su información:** Si tiene acceso a Internet, puede consultar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicio al Cliente: <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Los usuarios por primera vez deben registrarse para obtener nombre de usuario y contraseña. Una vez que se haya registrado su caso, puede obtener el número de registro individual (IRN) llamando sin costo al Centro de Contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347).