Estado de Georgia **Sello de la oficina local**
Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Protección de la Infancia

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* 1-877-GADHSGO (1-877-423-4746) *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 quedaré 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 1-877-GADHSGO (1-877-423-4746). 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

MARQUE UNA OPCIÓN

Soy: Padre/Madre con custodia [ ] Padre/Madre sin custodia [ ] Tercero con custodia [ ] Presunto padre [ ]

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque lo que corresponda)

Todos los servicios disponibles de asistencia [ ]

HISTORIAL DE TANF (marque todo lo que corresponda):

Nunca recibí beneficios de TANF [ ] Actualmente recibo beneficios de TANF [ ] Actualmente solo recibo asistencia de Medicaid [ ]
Asistencia previa de TANF [ ]: Recibida desde el _____ hasta el _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA/ TERCERO CON CUSTODIA

Nombre:

Apellido Nombre Segundo nombre Apellido de soltero/a

Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Sexo: Masculino [ ] Femenino [ ]	¿Formó parte de una causa de manutención infantil en otro estado? [ ] Sí [ ] No	

Marque todo lo que corresponda.

Raza: [ ] AI-Indoamericano/Nativo de Alaska(N) [ ] FP–Filipino(F) [ ] OA–Otro grupo asiático(A) [ ] UN–Desconocido(U)
[ ] AS-Indo asiático(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

Estado civil: Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Separado/a [ ] Divorciado/a [ ] Fecha de divorcio: ___/___/___	Si está casado/a, indique el nombre del cónyuge actual:_____ Fecha de casamiento: ___/___/___

Domicilio:

Calle Ciudad, Condado Estado, Código postal

Dirección de correo postal:

Calle/Casilla postal Ciudad, Estado Código postal

¿Se puede contactar en el trabajo? [ ] Sí [ ] 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? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, indique en qué rama: **[ ]** Militar retirado

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA

¿Tiene actualmente seguro de salud? [ ] Sí [ ] No	En caso afirmativo, ¿la póliza cubre al menor para quien solicita los servicios de manutención infantil? [ ] Sí [ ] No
Nombre de la compañía de seguros:	N.º de teléfono:
N.º de póliza:	N.º de grupo:

VIOLENCIA DOMÉSTICA

¿Ha sido víctima de violencia doméstica? [ ] **Sí** [ ] **No**
¿El/los niño/s para quien/es solicita servicios ha/han sido víctima/s de daño físico o emocional? [ ] **Sí** [ ] **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.
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.
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:_____

INSTRUCTIONES 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 [ ] Divorciado/a [ ] Fecha de divorcio: ___/___/___

Si está casado/a, indique el nombre del cónyuge actual:_____
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 [ ] Actual o [ ] Último conocido			Número/s de teléfono:	
Otra dirección posible:				
Calle		Ciudad,	Estado,	Código postal
N.º de licencia de conducir:			Estado:	

EMPLEO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA

[ ] Empleado [ ] Desempleado [ ] 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: [ ] Semanal [ ] Bisemanal [ ] Mensual [ ] Bimensual Si es posible, adjunte recibos de sueldo.	

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA

¿El "presunto" padre o NCP tiene actualmente seguro de salud? [ ] Sí. [ ] No.	En caso afirmativo, ¿la póliza cubre al menor para quien solicita los servicios de manutención infantil? [ ] Sí [ ] No
Nombre de la compañía de seguros:	N.º de teléfono:
N.º de póliza:	
Prima mensual: $_____	Monto que se paga para el niño: $_____

OTRAS FUENTES/RECURSOS DE INGRESOS

Beneficios federales recibidos: [ ] Seguro Social [ ] Postal [ ] Retiro Ferroviario [ ] Administración pública [ ] Fuerzas Armadas [ ] VA [ ] Retiro [ ] Recibe SSI

¿Recibe beneficios por desempleo? [ ] Sí [ ] No

¿Recibe beneficios del plan de pensión? [ ] Sí [ ] No En caso Afirmativo, ¿de qué compañía?

¿Licencias profesionales? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

¿El padre o la madre sin custodia integra las Fuerzas Armadas? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, indique en qué rama: **[ ]** Militar retirado

ANTECEDENTES DE ENCARCELAMIENTO

¿Ha estado el padre o la madre sin custodia en [ ] prisión o [ ] 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:

HISTORIAL FAMILIAR DEL PRESUNTO PADRE O PADRE/MADRE SIN CUSTODIA

Madre:		Apellido de soltera:	N.º de Teléfono: ( )
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:	
Dirección:			
Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
Padre:		N.º de teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:	
Dirección:			
Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
Otro familiar conocido:		Relación:	
Dirección:			
Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
Otras direcciones de contacto (amigos, etc.):			
Nombre	Calle	Ciudad, Estado,	Código postal
Otro teléfono de contacto:			

Complete esta sección SOLO si NO es el padre o la madre del/los niño/s

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 (Sí/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	$		
Activos que se usan para mantener a la familia	$	Gastos médicos extraordinarios del niño (copagos, deducibles) (se requieren pruebas)	$
Beneficios complementarios (si reducen significativamente los gastos diarios)	$		
Otros ingresos incluido el ingreso imputado: (no incluir asistencia pública sujeta a comprobación de ingresos, como TANF o cupones para alimentos)	$	Gastos especiales para la crianza del niño (es decir, campamento, orquesta, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	$
		Otros:	$
INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL:	$	**GASTO MENSUAL TOTAL:**	$

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			
Nombre del niño tal como figura en el certificado de nacimiento			
Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Sexo [ ] Masculino [ ] Femenino	Número de Seguro Social	Raza	Relación con solicitante de los servicios
El niño fue concebido en: Ciudad	Estado	País	
Nombre del hospital donde nació el niño:_____ Ciudad	Estado	País	
¿Nombre del padre del niño?_____	¿El nombre figura en el certificado de nacimiento? [ ] Sí	[ ] No	
Información sobre la relación entre la madre y el presunto padre			
Estado civil de la madre al momento del nacimiento del niño: [ ] Soltera [ ] Casada [ ] Separada el _____/____/_____ [ ] 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 **alguien más** como el padre del niño? [ ] Sí [ ] No [ ] 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? [ ] Sí [ ] No **En caso afirmativo, ¿cuándo?** ____/___/____	**¿En qué Estado?** _____		
¿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? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, adjunte una copia de los RESULTADOS			
¿Alguna vez se realizó una prueba de paternidad de otro hombre? [ ] Sí [ ] 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»

ÓRDENES JUDICIALES, ÓRDENES DE MANUTENCIÓN Y PAGOS ATRASADOS

Aviso: Marque cada tipo de orden. DEBE proporcionar una copia certificada de las órdenes que se deban aplicar.

[ ] NO hay una orden judicial que exija que cualquiera de los padres pague la manutención de los niños de este caso, debido a lo siguiente:		
[ ] Actualmente, estoy casado/a con el padre o la madre sin custodia (no divorciado)	Fecha de casamiento:	Fecha de separación:
[ ] Nunca me casé con el padre o la madre sin custodia (NCP, en inglés). (DEBE completar una Declaración jurada de paternidad para cada niño de este NCP)		
[ ] ¿Estaba casada la madre del/los niño/s cuando este/estos nació/nacieron?	Fecha de casamiento:	Fecha de separación:
[ ] SENTENCIA DE DIVORCIO [ ] ORDEN DE MANUTENCIÓN DE LA DCSS[ ] ORDEN DE LEGITIMATION [ ] ORDEN DE CUSTODIA		
Presentado en Condado, Estado de el	[ ] No se le ordenó al NCP que pague manutención infantil.	
Monto ordenado de manutención: $ según	[ ] para cada niño [ ] para todos los niños	
Hay un pago adeudado (atrasado) de $ desde el	Complete la Declaración jurada de pagos adeudados adjunta*	
[ ] ORDEN DE DESACATO [ ] ORDEN DE MODIFICACIÓN [ ] ORDEN DE MENORES		
Presentado en Condado, Estado de el	[ ] No se le ordenó al NCP que pague manutención infantil.	
Monto ordenado de manutención: $ según	[ ] para cada niño [ ] para todos los niños	
Hay un pago adeudado (atrasado) de $ desde el	Complete la Declaración jurada de pagos adeudados adjunta*	
[ ] ORDEN EN VIRTUD DE URESA/UIFSA (orden de manutención de otro estado)	**Aviso: Debemos tener copias certificadas**	
Presentado en Condado, Estado de el	[ ] No se le ordenó al NCP que pague manutención infantil.	
Monto ordenado de manutención: $ según	[ ] para cada niño [ ] para todos los niños	
Hay un pago adeudado (atrasado) de $ desde el	Complete la Declaración jurada de pagos adeudados adjunta*	
[ ] ORDEN DE PROTECCIÓN TEMPORAL	**Aviso: Debemos tener copias certificadas**	
Presentado en Condado, Estado de el	[ ] No se le ordenó al NCP que pague manutención infantil.	
Monto ordenado de manutención: $ según	[ ] para cada niño [ ] para todos los niños	
Hay un pago adeudado (atrasado) de $ desde el	Complete la Declaración jurada de pagos adeudados adjunta*	

*** Avisos: Para los casos con órdenes judiciales se requerirá que se complete una Declaración jurada de pagos adeudados.**

Si la manutención **NO** se paga a través de la División de Servicios de Protección de la Infancia (DCSS) de Georgia, se requerirá un historial de pagos **certificado**.

HISTORIAL DE CASOS PRIVADOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL	
¿El/los niño/s mencionado/s en esta solicitud forman parte de un caso de manutención infantil en curso con otro organismo estatal, un abogado privado o una agencia de cobros privada?	[ ] Sí. En caso afirmativo, indique lo siguiente:
	Dónde:
	Cuándo:

DECLARACIÓN JURADA DE PAGOS ADEUDADOS: Indique el monto total de manutención **adeudada y recibida** en cada mes. Para corroborar la información de esta declaración, es posible que se soliciten recibos, cheques cancelados, historiales de pagos, etc.

Año	Monto		Año	Monto		Año	Monto	
	Adeudado	Abonado		Adeudado	Abonado		Adeudado	Abonado
Ene	$	$	Ene	$	$	Ene	$	$
Feb	$	$	Feb	$	$	Feb	$	$
Mar	$	$	Mar	$	$	Mar	$	$
Abr	$	$	Abr	$	$	Abr	$	$
May	$	$	May	$	$	May	$	$
Jun	$	$	Jun	$	$	Jun	$	$
Jul	$	$	Jul	$	$	Jul	$	$
Ago	$	$	Ago	$	$	Ago	$	$
Sept	$	$	Sept	$	$	Sept	$	$
Oct	$	$	Oct	$	$	Oct	$	$
Nov	$	$	Nov	$	$	Nov	$	$
Dic	$	$	Dic	$	$	Dic	$	$
Total anual a la fecha	$	$	Total anual a la fecha	$	$	Total anual a la fecha	$	$

Año	Monto		Año	Monto		Año	Monto	
	Adeudado	Abonado		Adeudado	Abonado		Adeudado	Abonado
Ene	$	$	Ene	$	$	Ene	$	$
Feb	$	$	Feb	$	$	Feb	$	$
Mar	$	$	Mar	$	$	Mar	$	$
Abr	$	$	Abr	$	$	Abr	$	$
May	$	$	May	$	$	May	$	$
Jun	$	$	Jun	$	$	Jun	$	$
Jul	$	$	Jul	$	$	Jul	$	$
Ago	$	$	Ago	$	$	Ago	$	$
Sept	$	$	Sept	$	$	Sept	$	$
Oct	$	$	Oct	$	$	Oct	$	$
Nov	$	$	Nov	$	$	Nov	$	$
Dic	$	$	Dic	$	$	Dic	$	$
Total anual a la fecha	$	$	Total anual a la fecha	$	$	Total anual a la fecha	$	$

Deuda total: $_____ **Menos** Total abonado:$_____ = Saldo adeudado: $_____ desde el _____.

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.

Jurado y suscrito ante mí,

Mi firma:_____ Fecha**:**_____

Firma del notario público:_____ Fecha de vencimiento de la comisión: _____

SELLO DEL NOTARIO:

Aviso de prácticas de privacidad
Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Fecha*: *01 de diciembre de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD (MÉDICA) Y PERSONAL Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

LEA ESTE AVISO ATENTAMENTE.

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) es una agencia del poder ejecutivo del gobierno de Georgia encargada de la administración de numerosos programas federales responsables del almacenamiento, uso y mantenimiento de información médica y otra información confidencial. Las leyes federales y estatales establecen requisitos estrictos para estos programas en relación con el uso y la divulgación de información confidencial y protegida. El DHS debe cumplir dichas leyes, tal como se indica a lo largo de este aviso.

Proteger su privacidad es muy importante para nosotros. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa nuestras obligaciones, qué información recopilamos, cómo el Departamento puede utilizar y divulgar su información, y sus derechos.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:

El DHS está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de toda su información personal;
- Informarle acerca de nuestras obligaciones legales y prácticas de protección de la privacidad en relación con su información médica.
- Seguir los términos de nuestro aviso actualmente en vigor.

INFORMACIÓN QUE RECOPILAMOS:

Recopilamos la información necesaria para verificar la identidad, el estado de ciudadanía, la residencia, los ingresos y el estado de encarcelamiento. Esta información incluye, entre otras cosas:

- Datos demográficos como nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico y edad;
- Datos sobre los ingresos, como la situación fiscal, el estado civil, los dependientes, el empleador y los ingresos;
- Datos de ciudadanía e inmigración, como el número de Seguro Social, el número de extranjero residente y la situación de encarcelamiento; y
- Información médica como discapacidades, cualquier cobertura de seguro médico y otra información necesaria para facilitar su solicitud de beneficios/servicios.

CÓMO PUEDE EL DHS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

El DHS recopila, utiliza, mantiene y comparte información de identificación personal (PII, en inglés). Recopilamos PII durante su solicitud de beneficios y servicios. La información facilitada ha sido verificada y confirmada por diversas fuentes. A continuación, se describen algunas formas en que el DHS puede utilizar y divulgar información personal que lo identifique:

- Para determinar la elegibilidad; y
- Para inscribirlo en los programas del DHS;

La PII facilitada al DHS por los clientes se utiliza deliberadamente para determinar la elegibilidad, aprobar, denegar o renovar los beneficios de asistencia pública. Los datos se mantienen con el fin de renovar los beneficios mediante la verificación de la elegibilidad, la denegación de la agencia de apoyo y la aprobación de las decisiones de renovación. Los datos se comparten para conseguir el objetivo de los programas. No crearemos, recopilaremos, utilizaremos ni divulgaremos PII para fines no autorizados por la ley.

CÓMO PUEDE EL DHS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

A continuación, se describen algunas formas en que el DHS puede utilizar y divulgar información médica protegida que lo identifique ("Información médica"):

Como exige la ley. El DHS divulgará información médica cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local.

Para el tratamiento. El DHS puede utilizar y divulgar información médica para su tratamiento y para prestarle servicios médicos relacionados con su tratamiento. Por ejemplo, el DHS puede revelar información médica a doctores, personal de enfermería, técnicos u otro personal que esté involucrado en su atención médica y necesite la información para proporcionarle atención médica.

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

Personas implicadas en su asistencia o en el pago de la misma. Cuando corresponda, el DHS podrá compartir información médica con una persona que participe en su atención médica o en el pago de la misma, como su familia o una amistad cercana. El DHS también podrá divulgar dicha información a una entidad que preste asistencia en caso de catástrofe.

Investigación. En determinadas circunstancias, el DHS puede utilizar y divulgar información médica con fines de investigación. Antes de que el DHS utilice o divulgue información médica para investigación, el proyecto se someterá a un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, el DHS puede permitir a los investigadores consultar los historiales para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre que no retiren ni se lleven copia de ninguna información médica.

Socios comerciales. El DHS puede divulgar información médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, el DHS puede utilizar los servicios de una entidad independiente para prestar servicios de tecnología de la información. Todos los socios comerciales del DHS están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite utilizar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

Reclusos o individuos bajo custodia. Si usted está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, el DHS puede divulgar información médica a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le preste atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) la seguridad de la institución penitenciaria.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE EL DHS LE OFREZCA LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE Y ANULAR:

Personas implicadas en su asistencia o en el pago de la misma. A menos que usted se oponga, el DHS puede revelar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo íntimo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica que esté directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede expresar que está de acuerdo u oponerse a dicha divulgación, el DHS puede divulgar dicha información según sea necesario si se determina que es en su mejor interés basado en el juicio profesional del DHS.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES:

Los siguientes usos y divulgaciones de su información médica sólo se harán con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de información médica con fines de *marketing*; y

2. Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica.

Es necesaria su autorización por escrito antes de compartir su historial médico por cualquier otro motivo no autorizado por la ley. Si usted proporciona al DHS una autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento enviando una revocación por escrito al responsable de protección de datos a la dirección de contacto que figura más abajo. Una vez recibida, el DHS dejará de divulgar la información médica en virtud de la autorización. Sin embargo, la revocación no afectará a las divulgaciones realizadas en virtud de su autorización antes de que la revocara.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información que el DHS tiene sobre usted:

Derecho de inspección y copia. Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de la misma. Esto incluye los historiales médicos y de facturación, salvo las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información médica, debe solicitarlo por escrito. El DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición su información médica y el DHS puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de la copia, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. El DHS no puede cobrarle honorarios si necesita la información para solicitar beneficios en virtud de la Ley del Seguro Social o de cualquier otro programa estatal o federal de beneficios basados en las necesidades. El DHS puede denegar su solicitud en determinadas y limitadas circunstancias. Si el DHS deniega su solicitud, usted tiene derecho a que la denegación sea revisada por un profesional de la salud autorizado que no haya participado directamente en la denegación de su solicitud, y el DHS acatará el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de los historiales médicos electrónicos. Si su información médica se conserva en formato electrónico (lo que se conoce como historial médico electrónico o historia clínica electrónica), tiene derecho a solicitar que se le entregue o transmita a otra persona o entidad una copia electrónica de su historial. El DHS hará todo lo posible para proporcionar acceso a su información médica en la forma o el formato que usted solicite si es fácilmente producible en dicha forma o dicho formato. Si la información médica no puede obtenerse fácilmente en la forma o el formato que usted solicita, se le facilitará su historial en nuestro formato electrónico estándar. Si no desea esa forma o ese formato, se le facilitará una copia impresa legible. El DHS puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de la mano de obra asociada a la transmisión del historial médico electrónico.

Derecho a recibir aviso de una infracción. Usted tiene derecho a que se le notifique en caso de infracción con respecto a su información de salud protegida (PHI, en inglés) y PII que no estén protegidas.

Derecho de modificación. Si cree que el DHS tiene información incorrecta o incompleta sobre usted, puede solicitar al DHS que modifique la información. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información sea conservada por o para nuestra oficina. Para realizar cambios, puede ir a través de su portal de usuario, ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente del programa al que se está inscribiendo, ponerse en contacto con su gestor de casos o realizar su solicitud, por escrito, al responsable de protección de datos mencionado más abajo. Le recomendamos que revise periódicamente sus datos para asegurarse de que sean correctos.

Derecho a un informe sobre las divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones que el DHS hizo de su información médica para propósitos diferentes al tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud o para las cuales usted proporcionó autorización por escrito. Para solicitar una explicación de las divulgaciones, debe dirigirse por escrito al responsable de protección de datos.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que el DHS utiliza o divulga para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que el DHS divulgue a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede pedir que el DHS no comparta información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacerlo por escrito. El DHS no está obligado a acceder a su petición, a menos que usted solicite que el DHS restrinja el uso y la divulgación de su información médica a un plan de salud con fines de pago o de funcionamiento de la atención médica y dicha información que desea restringir se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted haya pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si el DHS está de acuerdo, accederemos a su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de urgencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que el DHS se comunique con usted en relación con asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que el DHS solo se ponga en contacto con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted. El DHS atenderá las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, tiene derecho a recibir una copia en papel. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con el responsable de protección de datos. También puede obtener una copia en el sitio web del DHS, en la página de inicio de la Oficina de Asuntos Legales:
https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel

PROTECCIONES:

El DHS se compromete a proteger su información personal. La PII y la PHI están protegidas con medidas de seguridad operativas, administrativas, técnicas y físicas razonables para garantizar su confidencialidad, integridad y disponibilidad y para evitar el acceso, uso o divulgación no autorizados de la información protegida. No vendemos la información que se nos facilita. Cumplimos estrictamente una serie de normas federales y estatales relacionadas con la privacidad y la seguridad de la información, diseñadas para mantener segura su información.

CAMBIOS EN ESTE AVISO:

El DHS se reserva el derecho a modificar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso se aplica tanto a la información ya obtenida como a la que se reciba en el futuro. El DHS publicará una copia del aviso actual en nuestras oficinas y en el sitio web https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha.

RECLAMOS:

Si tiene alguna consulta sobre este aviso, póngase en contacto con:

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Responsable de protección de datos
47 Trinity Avenue SW,
Atlanta, GA 30334
HIPAADHS@dhs.ga.gov
(404) 463-0590

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito poniéndose en contacto con el responsable de protección de datos mencionado anteriormente. Por favor, incluya su nombre, número de teléfono, número de caso y una descripción de su reclamo. **No se lo sancionará por presentar un reclamo.**

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para más información sobre los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, en inglés), las transacciones electrónicas de la HIPAA y las normativas sobre conjuntos de códigos y las normas de seguridad de la HIPAA propuestas, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: https://www.hhs.gov/hipaa/index.html.

Si tiene preguntas sobre su salud o sus servicios de atención médica, debe ponerse en contacto con su proveedor de atención médica (médico, farmacia, hospital u otro proveedor médico).

CONSENTIMIENTO:

Al enviarnos su información personal, usted acepta que podamos recopilar, utilizar y divulgar dicha información según lo permita o exija la ley.

[PÁGINA DE FIRMAS A CONTINUACIÓN]
[CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA SU INFORMACIÓN]

Página de firmas

Si desea acusar recibo de este Aviso de prácticas de privacidad del DHS, firme a continuación y devuelva esta página a la dirección indicada más abajo.

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

_____ _____

Firma Fecha

_____

Nombre en letra imprenta

Dirección de devolución:

[Inserte aquí la dirección de la oficina local]

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Para que le envíen 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.

Sección 1:	**Acuerdo de autorización para el depósito directo de los pagos de manutención infantil**
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.	
Al firmar a continuación, indico que he leído y aceptado todas las cláusulas mencionadas anteriormente.	
Firma: _____	**Fecha de suscripción:** _____

****ESCRIBA O IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN EN TINTA****

Sección 2:	**INFORMACIÓN DEL PADRE O LA MADRE CON CUSTODIA**	
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:**	

Sección 3:	**INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA**	
Nombre de la institución financiera:		
Número de ruta	Número de cuenta	Tipo de cuenta: [ ] Cuenta corriente [ ] Caja de ahorro
Ciudad:	Estado:	Teléfono:

Sección 4:	**Para uso exclusivo de la DCSS.**	
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 financiero. 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 1-877-GADHSGO (1-877-423-4746).

Georgia DHS

Way2Go Card® Prepaid Mastercard®

Tarjeta de débito Georgia DHS Way2Go Card Prepaid 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 Way2Go Card 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 Way2Go Card 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 Way2Go Card 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 Way2Go Card.

La tarjeta Way2Go Card 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 1-877-GADHSGO (1-877-423-4746).