



INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Gracias por solicitar servicios de manutención infantil. Para ofrecer Servicios el mismo día (SDS, por sus siglas en inglés), sírvase proporcionar información detallada para permitirnos ayudarlo con la tramitación de su solicitud. Si usted recibe servicios de TANF/Medicaid, llame al Centro de Atención del DCSS para obtener más ayuda (al número que aparece abajo).

El solicitante debe proporcionar al menos una identificación con foto, por ejemplo:

- Licencia de conducir válida;
- Cualquier otro documento de identidad con foto emitido por el gobierno internacional, federal, estatal o local, incluyendo una Tarjeta de Residencia Permanente o Visa;
- Pasaporte válido.
-

Los solicitantes DEBEN presentar lo siguiente con la solicitud:

- Certificados de nacimiento para todos los menores nacidos **FUERA** de Georgia;
- Declaración Jurada de Paternidad
- Verificación de beneficios de dependiente del Seguro de Jubilación para Sobrevivientes y por Discapacidad (RSDI) recibidos:
- Las firmas en todas las páginas y los formularios notariados en caso de ser requerido;
- Verificación de la matrícula escolar, estatus, nivel de grado y fecha de graduación anticipada si el (los) hijo(s) tiene(n) 18 años y sigue(n) siendo un estudiante(s) a tiempo completo en la escuela secundaria y la orden del tribunal contempla manutención infantil más allá de la edad de 18 años, si aplica;
- Una fotocopia de cualquier tipo de orden de manutención que exista (decreto final de divorcio, acuerdo de separación o conciliación, orden de manutención infantil registrada por cualquier estado o país extranjero, modificación de la orden de manutención, orden de desacato, orden del tribunal juvenil u orden temporal). **Excepción:** Se requiere una copia certificada de la orden más reciente declarando la cantidad si la orden debe ser registrada para la ejecución en otro estado o jurisdicción extranjera, antes de que DCSS pueda procesar una acción de la ley UIFSA;

Se prefieren los siguientes documentos al solicitar servicios:

- Verificación de la custodia física de un menor de edad o hijos(as) dependientes;
- Información actual de ingresos (por ej.: talones de cheques, W-2, o declaraciones de impuestos de los últimos 3 años con formularios 1099 si trabaja por cuenta propia y una declaración jurada financiera completada);
- Certificados de Nacimiento para todos los menores nacidos en Georgia;
- Tarjetas del Seguro Social para todos los menores que figuran en la solicitud (si están disponibles);
- Recibos o verificación de seguro médico, de vista, dental o de vida, deducibles y copagos, si aplica;
- Información de gastos extraordinarios de educación para matrícula, alojamiento y comida, cuotas, libros, si aplica; y
- Gastos de crianza de niños para clases de música o arte, viajes, banda, clubes y deportes, si aplica.
- Acuerdo de autorización para el depósito directo de los pagos de manutención infantil si se está solicitando depósito directo y un cheque cancelado o comprobante de depósito de cuenta de ahorros.

Nota: Favor de llamar gratis al Centro de Contacto del DCSS al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free) si:

- Usted habla otro idioma distinto del inglés en su casa y necesita ayuda,
- Usted tiene una discapacidad y necesita ayuda o asistencia para visitar nuestra oficina, o
- Usted es sordo o tiene problemas de audición y necesita la ayuda.

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

Nota: Si es posible, haga copias de la información importante y de toda la solicitud antes de visitar nuestra oficina para que las guarde en sus archivos.

Derechos y Responsabilidades del Solicitante

Entiendo que:

- La División de Manutención Infantil (DCSS) tiene la autoridad bajo la ley federal y estatal para tomar cualquier acción legal que sea necesaria para establecer la paternidad y para establecer, modificar y hacer cumplir una orden de manutención infantil, incluyendo ayuda médica. DCSS no garantiza que los esfuerzos en mi nombre serán exitosos ya que las medidas adoptadas por DCSS pueden estar sujetas a la discreción del juez.
- Es posible que DCSS utilice un abogado para establecer, hacer cumplir o modificar mi orden de manutención infantil. No existe una relación abogado-cliente entre el abogado y yo, ya que el abogado representa al Estado. Entiendo que el abogado no se ocupa de cuestiones legales tales como legitimación, custodia o visitas; por lo tanto, yo debo buscar mi propio abogado privado para estos asuntos.
- DCSS me ha proporcionado una Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. La notificación incluye una explicación de cómo la información médica relacionada con mi solicitud de servicios podrá ser utilizada por DCSS, así como mi derecho a tener acceso a esta información médica. Entiendo que DCSS no compartirá ninguna información a menos que yo proporcione una autorización por escrito solicitando la información.
- DCSS no divulgará ninguna información confidencial, personal a terceros sin mi autorización previa por escrito para divulgar dicha información.
- DCSS no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad, religión, creencia políticas o discapacidad. Si tengo dudas acerca de mi caso, puedo presentar una queja formal con el director de la oficina local que dará como resultado un examen de la administración interna.
- Cuando solicite servicios como beneficiario, deberé tener la custodia legal o física de un menor de edad. En el caso de que la custodia del niño cambie, la manutención infantil ordenada puede ser redirigida al nuevo tutor.
- Debo notificar a DCSS de cualquier cambio en mi nombre, dirección, números de teléfono o cualquier otra información que se necesite para administrar o hacer cumplir adecuadamente mi caso, incluyendo entre otros notificar a DCSS que he solicitado los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Entiendo que el no mantener la información al día puede afectar la capacidad de DCSS para distribuir los pagos en forma oportuna.
- Debo notificar a DCSS si tengo un caso de manutención infantil activa con cualquier otra agencia estatal, abogado privado o una agencia de cobro privada para los niños en la solicitud.
- Me comprometo a someterme y a los niños a pruebas genéticas, concernientes al establecimiento de paternidad, si fuese necesario. No se proporcionarán los resultados de las pruebas genéticas sin previa autorización por escrito para divulgar dicha información.
- Se requiere un pago de \$25.00 no reembolsable al solicitar los servicios a menos que los niños o yo recibamos Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Familia Asistencia Médica (Family Medicaid). El pago **será** requerido solo si el (los) niño(s) reciben Medicaid, o si vuelvo a solicitar los servicios después de haber solicitado el cierre de mi caso, o si mi caso es cerrado por DCSS debido a mi falta de cooperación.
- Se cobrará un pago de \$35 por mantenimiento anual a cada caso en el cual un solicitante nunca haya recibido TANF y para quien el Estado ha recaudado al menos \$550.00 de manutención.
- Los pagos de manutención infantil deben ser enviados a la oficina de Registro de Manutención Familiar y no debo aceptar pagos directos del padre/madre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés). Si acepto los pagos del NCP, la oficina de DCSS podría cerrar mi caso por falta de cooperación.
- Al recibir la notificación por escrito de DCSS, mi caso puede ser cerrado si no coopero. Antes de cerrar el caso, tengo que pagar los cargos pendientes y los pagos en exceso que se deban en el momento y reembolsar los gastos incurridos en mi nombre. Si mi caso se cierra, por falta de cooperación severa, no voy a poder reabrir mi caso o volver a solicitar los servicios por un período mínimo de seis (6) meses desde la fecha en que se cerró mi caso por última vez.
- Estoy de acuerdo que los pagos en exceso de la cantidad ordenada de manutención se aplicará primero a las cantidades atrasadas y luego podrán ser retenidas por DCSS para pagos futuros.
- Si yo recibiera pagos distribuidos por error, se me notificará por escrito para establecer un Plan de Reintegro de Pago a Plazos con DCSS. Yo entiendo que mi falta de respuesta oportuna a la tercera notificación, la "**Notificación final**", de DCSS servirá como mi permiso para que DCSS recupere los pagos deduciéndolos de cualquier manutención infantil futura que se me deba.

- Mi caso no será elegible para cierre hasta que todos los cargos o pagos en exceso se hayan pagado en su totalidad.
- Si solicito el cierre del caso durante un procedimiento legal para establecer una orden de manutención, entiendo que voy a ser responsable de los honorarios y costos incurridos por DCSS, incluyendo entre otros los costos judiciales y cargos por servicio, antes de que se cierre mi caso.
- La ley federal autoriza a DCSS a cobrar a una persona que ha solicitado los servicios de manutención infantil y que nunca ha recibido o que ya no está recibiendo ayuda de TANF un cargo por la compensación de los impuestos estatales y federales. En el caso de que se reciba una compensación, se le podrá cobrar a mi caso un cargo administrativo de \$12.00 por compensación del estado y uno de \$25.00 por compensación federal.
- Podría recibir correspondencia de DCSS por vía electrónica. Para garantizar la confidencialidad de la correspondencia, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar una dirección de correo electrónico segura y activa.
- Puedo obtener información sobre mi caso y sobre los pagos en el sitio web de Servicio al Cliente <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon> o llamando al Centro de Atención 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free)

He recibido y leído toda la información del programa que describe los servicios disponibles y los cargos, así como mis derechos y responsabilidades. Tengo derecho a hacer preguntas antes de presentar mi solicitud. Mi firma en este documento autoriza a la División de Manutención Infantil para ofrecer los servicios necesarios y adecuados en mi nombre.

Nombre del solicitante (Por favor escriba claramente)

Firma del Solicitante

Testigo

Fecha

Dirección Electrónica del Solicitante: (Por favor escriba claramente) _____

Solicitud de Servicios

POR FAVOR MARQUE UNO				
SOY EL(LA): Padre/madre con custodia <input type="checkbox"/> Padre/madre sin custodia <input type="checkbox"/> Tutor sin ser padre/madre <input type="checkbox"/> Presunto padre <input type="checkbox"/>				
TIPO DE SERVICIO SOLICITADO (marque el que corresponda)				
Todos los servicios de apoyo disponibles <input type="checkbox"/>		Establecer el apoyo médico <input type="checkbox"/>		
HISTORIAL DE TANF (marque todos los que correspondan):				
Nunca he recibido beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo beneficios de TANF <input type="checkbox"/> Actualmente recibo sólo Medicaid <input type="checkbox"/>				
En el pasado recibí TANF <input type="checkbox"/> : Lo recibí desde _____ hasta _____				
INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / TUTOR SIN SER PADRE/MADRE				
Nombre:				
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		¿Ha tenido alguna vez un caso de manutención infantil en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Fecha de divorcio: / /		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____ Fecha de matrimonio: __/__/__		
Dirección de domicilio:				
Calle		Ciudad,	Condado	Estado Código postal
Dirección postal:				
Calle / P.O. Box		Ciudad,	Estado	Código postal
¿Puede ser contactado en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Dirección de correo electrónico:	
Teléfono de trabajo:		Teléfono de domicilio:	Teléfono celular:	
¿Está el(la) padre(madre) con custodia/tutor sin ser padre/madre en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Militar jubilado(a)				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, mencione la rama: _____				
INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PADRE/MADRE CON CUSTODIA				
¿Tiene actualmente seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la compañía de seguros:		Número de teléfono:		
Número de póliza:		Número de Grupo:		
VIOLENCIA DOMÉSTICA				
¿Ha sido alguna vez víctima de violencia doméstica?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha(han) sido alguna vez el(los) niño(s) por quien(es) solicita servicios víctima(s) de algún daño físico o emocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si respondió afirmativamente a una o ambas de las preguntas anteriores, describa su inquietud y/o adjunte a su solicitud la documentación de apoyo que respalde su afirmación.				
Bajo la Ley de Georgia, O.C.G.A. §19-11-30 y §19-11-131, la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS, por sus siglas en inglés) no divulgará ninguna información que ponga a usted o a sus hijos en riesgo de sufrir daño físico o emocional. En tales circunstancias, se activará un Indicador de Violencia Familiar en su caso de manutención infantil.				
Su caso será entonces codificado para garantizar que ninguna información sea divulgada a otro estado o jurisdicción extranjera, que podría poner a usted o a su(s) hijo(s) en riesgo.				

NIÑOS PARA QUIENES NECESITA LOS SERVICIOS							
Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	SSN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado)	Sexo	Raza	¿Nacido(a) fuera del matrimonio? Sí/No	¿Paternidad establecida por: Orden del Tribunal/ Prueba de Paternidad? Fecha:
Su relación con el(los) niño(s): <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Custodio <input type="checkbox"/> Pariente/Adulto que no es padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal (se requiere prueba de tutela) <input type="checkbox"/> Otro: _____							

INSTRUCCIONES DE PAGO PARA EL(LA) PADRE(MADRE) CON CUSTODIA / CUSTODIO

Se le proporcionará una tarjeta de débito para recibir los pagos de manutención infantil, a menos que usted pida depósito directo. Si selecciona depósito directo, se requiere un formulario aparte y un cheque anulado/comprobante de depósito.

INFORMACIÓN DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

Nombre:					
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	Apellido de soltera
Alias o apodos:					
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento o edad:		Lugar de nacimiento:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
Estado Civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>		Nombre de su esposo/a actual, si está casada/o: _____			
Fecha de divorcio: / /		Fecha de matrimonio: _/ /			
Color de ojos:	Color de cabello:	Peso:	Estatura:	Raza:	
Dirección postal:					
<input type="checkbox"/> Es dueño(a) de esta u otra propiedad					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código postal
Su domicilio es el <input type="checkbox"/> Actual o <input type="checkbox"/> Último conocido			Número(s) de teléfono:		
Otra posible dirección:					
Calle		Ciudad,	Estado	Código postal	
No. de licencia de conducir:			Estado:		

EMPLEO DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia		Tipo de negocio:		Ocupación habitual:	
Empleador actual o último conocido:			Número de teléfono:		
Fechas de empleo: hasta					
Supervisor:			Cargo:		
Dirección:					
Calle		Ciudad,	Condado	Estado	Código Postal
Ingresos brutos: \$ por		Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes			
Adjunte los comprobantes de pago, de ser posible.					

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

¿Tiene actualmente un seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De ser así, ¿está cubierto bajo esta póliza el menor por quien solicita servicios de manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía de seguros:			Número de teléfono:		
Número de póliza:					
Prima mensual: \$			Porción que paga por el niño: \$		

OTRAS FUENTES DE INGRESOS/RECURSOS

Beneficios Federales Recibidos: <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Empleado postal <input type="checkbox"/> Jubilación para Ferroviarios <input type="checkbox"/> Servicio civil <input type="checkbox"/> Militares <input type="checkbox"/> Asistencia del Departamento de Asuntos para los Veteranos (VA) <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)					
¿Beneficios de Desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Recibe beneficios de un Plan de Pensiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿de qué compañía?					
¿Tiene alguna licencia profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)?:					
¿Está el(la) padre(madre) sin custodia en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, nombre la rama:				<input type="checkbox"/> Militar jubilado(a)	

HISTORIAL DE ENCARCELACIÓN

El(la) padre(madre) sin custodia ha estado: [] en la cárcel [] en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional

Si ha estado en la cárcel, por favor indique las fechas ____/____/____ hasta ____/____/____

Nombre de la Institución: _____

Dirección o ciudad/estado de la Institución: _____

Si está en libertad condicional o tiene un historial de libertad condicional, por favor indique:

Fechas de su historial de libertad condicional ____/____/____ hasta ____/____/____

El período de libertad condicional finalizará el: ____/____/____

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: _____

Nombre del oficial de libertad condicional / libertad a prueba: _____

HISTORIA FAMILIAR DEL PRESUNTO PADRE / PADRE(MADRE) SIN CUSTODIA

Madre:	Apellido de soltera:	No. de teléfono: ()
--------	----------------------	-------------------------

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fallecida el día:
----------------------	----------------------	-------------------

Dirección:

Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
-------	---------	---------	---------------

Padre:	No. de teléfono:
--------	------------------

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Fallecido el día:
----------------------	----------------------	-------------------

Dirección:

Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
-------	---------	---------	---------------

Otro pariente conocido:	Parentesco:
-------------------------	-------------

Dirección:

Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
-------	---------	---------	---------------

Otra dirección de contacto (amigos, etc.):

Nombre	Calle	Ciudad,	Estado,	Código postal
--------	-------	---------	---------	---------------

Otro número de teléfono de contacto:

Complete esta sección SÓLO si usted NO es el(la) padre(madre) del(de los) niño(s)

Yo, _____ soy el tutor legal del (de los) niño(s) arriba mencionado(s). Obtuve la custodia del (de los) niño(s) el ____/____/____ (se requiere una prueba de tutela). Los documentos legales aceptables incluyen, pero no se limitan a, órdenes de custodia del Tribunal Infantil, órdenes de custodia del Tribunal Superior y órdenes de custodia del Tribunal de Sucesiones.

Mi relación con el(los) niño(s) es _____. El(los) niño(s) vive(en) conmigo desde (mes/día/año): ____/____/____

Madre biológica (indique si ha fallecido):

Nombre	Dirección	Ciudad, Condado, Estado, Código postal	Fecha de nacimiento	SSN

Padre biológico (indique si ha fallecido):

Nombre	Dirección	Ciudad, Condado, Estado, Código postal	Fecha de nacimiento	SSN

Firma _____ **Fecha** _____

Bajo pena de perjurio, por la presente juro y afirmo que la información que proporcioné en la Solicitud de Servicios de Manutención Infantil es exacta y cierta, según mi leal saber y entender. Entiendo que hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, de manera intencional, es punible según la ley de Georgia con una multa de hasta \$1,000, con encarcelación entre uno y cinco años, o ambos. Por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Firma del solicitante

Fecha

For DCSS Office Use Only:

Application Requested Date (required): ____/____/____ Application Provided (date given in person or mailed) (required): ____/____/____ Application Provided by (staff's first and last name required): _____

(Note: Federal regulations require an application be provided the same day to individuals who make in person requests or within 5 working days of a written or telephone request, see [45CFR §303.2\(a\)\(2\)](#)).

Date returned to DCSS ____/____/____ Application Processed Date (required): ____/____/____ Processed by (First & Last Name) _____ \$TARS

No: _____ Application fee PAID (Y/N): [] ; If no, why not? _____

DECLARACIÓN JURADA PERSONAL / FINANCIERA

Número de Caso \$TARS: _____

Nombre del padre/madre sin custodia: _____

Nombre del padre/madre con custodia: _____

PADRE/MADRE CON CUSTODIA [] PADRE/MADRE SIN CUSTODIA []

TUTOR SIN SER PADRE/MADRE []

INFORMACIÓN PERSONAL:

Su nombre: _____ Numero de Seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros apellidos de casada, apodos, etc.: Dirección de domicilio: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

AD ADOPCIÓN / CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:

[] Recibe actualmente [] Nunca ha recibido

[] Plan de Cuidado adoptivo temporal/Reunificación

Cantidad mensual \$ _____

SU EMPLEO:

[] Empleado [] Desempleado [] Trabajo por cuenta propia Tipo de negocio: _____

Empleador: _____ Cargo: _____

Supervisor: _____ No. de teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

Empleado desde ___ / ___ / ___ hasta ___ / ___ / ___ [] Sindicato: _____ No. Local: _____

Ingresos BRUTOS: \$ _____ (Adjunte comprobantes de pago) Frecuencia de pago: [] Semanal; [] Cada dos semanas [] Mensual;

[] Dos veces al mes

¿Tiene usted alguna licencia profesional?: [] Sí [] No De ser así, ¿qué tipo de licencia(s)? _____ No. de licencia: _____

NOMBRE DEL BANCO / COOPERATIVA DE CRÉDITO:

_____ Tipo de Cuenta [] Corriente [] Ahorros No. de Cuenta: _____

_____ Tipo de Cuenta [] Corriente [] Ahorros No. de Cuenta: _____

SU HISTORIAL DE TANF (ASISTENCIA PÚBLICA):

[] Nunca en TANF [] Actualmente en TANF [] Anteriormente en TANF [] Historia desconocida

[] Recibe sólo Medicaid; [] Recibe sólo Cupones de Alimentos; Recibió TANF desde ___ / ___ / ___ hasta ___ / ___ / ___

EMPLEOS ANTERIORES (ÚLTIMOS 3 AÑOS):

Indique la ciudad, el estado y el nombre del empleador. No se requieren direcciones completas:

Nombre del empleador _____ Ciudad, Estado _____ Fechas de empleo _____

Nombre del empleador _____ Ciudad, Estado _____ Fechas de empleo _____

Nombre del empleador _____ Ciudad, Estado _____ Fechas de empleo _____

HISTORIAL DE EDUCACIÓN:

Grado escolar más alto que usted ha cursado: _____

Título más alto obtenido: [] Ninguno [] GED [] Escuela técnica/AA [] Título universitario o superior Última escuela (secundaria, vocacional, universidad) a la cual asistió: _____

Nombre _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

ÓRDENES PREEXISTENTES DE MANUTENCIÓN INFANTIL QUE ESTÁN SIENDO PAGADAS PARA OTROS NIÑOS:

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

OTROS NIÑOS CALIFICADOS QUE VIVEN EN SU HOGAR PERO NO ESTÁN INCLUIDOS EN ESTA ACCIÓN

(NO INCLUYA A LOS/LAS HIJASTROS/AS):

NOMBRES Y FECHAS DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS	NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL NIÑO	¿RECIBE TANF EL NIÑO?	¿PAGA O RECIBE MANUTENCIÓN INFANTIL POR ESTE NIÑO? CANTIDAD ORDENADA POR EL TRIBUNAL
			\$
			\$

OTROS NIÑOS

NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO // _____	NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO // _____
--------------	------------------------------	--------------	------------------------------

SU SINOPSIS FINANCIERA

Fuentes de Ingresos Brutos	Cantidad bruta promedio mensual	Fuentes de Gastos	Cantidad bruta promedio mensual
Salario / Sueldo (no incluya TANF)	\$ _____	Pago de renta o hipoteca	\$ _____
Comisiones, honorarios y propinas	\$ _____	Servicios Públicos (electricidad, gas natural/propano, teléfono)	\$ _____
Ingresos por trabajo por cuenta propia [Consulte la ley O.C.G.A. §19-6-15 (f)(1)(B) para más detalles]	\$ _____	Cuidado de niños (se requieren pruebas)	\$ _____
Bonos	\$ _____	Pensión alimenticia pagada (se requieren pruebas)	\$ _____
Pagos por trabajar horas extras	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Indemnización por despido	\$ _____	Gastos o facturas médicas (no cubiertos por un seguro) (se requieren pruebas)	\$ _____
Ingresos recurrentes provenientes de pensiones o planes de retiro	\$ _____	Multas de la libertad condicional o a prueba	\$ _____
Ingresos provenientes de intereses	\$ _____	Pago de Vehículo	\$ _____
Ingresos provenientes de dividendos	\$ _____	Ropa	\$ _____
Ingresos provenientes de un Fideicomiso	\$ _____	Gastos de transporte/Visitación (se requieren pruebas)	\$ _____
Ingresos provenientes de rentas vitalicias	\$ _____	Manutención pagada por orden previa del Tribunal	\$ _____
Ganancias sobre el capital	\$ _____	Impuestos sobre la propiedad	\$ _____
Seguro Social por Discapacidad o Jubilación (No incluya SSI o el pago por los niños)	\$ _____	Recreación	\$ _____
Beneficios de Compensación del Trabajadores	\$ _____	Seguro (de salud) (se requieren pruebas)	\$ _____
Beneficios de Compensación por Desempleo	\$ _____	Seguro (de vida) (se requieren pruebas)	\$ _____
Sentencias de Lesiones Personales u otros casos civiles	\$ _____	Seguro (de automóviles, de casa)	\$ _____
Regalos (dinero u otros regalos que se pueden convertir en dinero)	\$ _____	Seguro (Dental/Visión) (se requieren pruebas)	\$ _____
Premios / Ganancias de la Lotería	\$ _____	Bancarrota	\$ _____
Pensión alimenticia y manutención de personas fuera de este caso	\$ _____	Gastos extraordinarios de educación (ej. matrícula, libros, alojamiento y comidas) (se requieren pruebas)	\$ _____
Activos usados para mantener a la familia	\$ _____	Gastos médicos extraordinarios del(de los) niño(s) (copagos, deducibles) (se requieren pruebas)	\$ _____
Incentivos (si reducen significativamente el costo de la vida)	\$ _____	Gastos especiales relacionados con la crianza del(de los) (ej. campamento, banda, música, arte, clubes) (se requieren pruebas)	\$ _____
Cualquier otro ingreso, incluido los Ingresos Imputados (No incluya la asistencia pública sujeta a verificación de recursos, tales como TANF o Cupones de Alimentos)	\$ _____	Otros:	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES:	\$ _____	TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	\$ _____

SUS ACTIVOS: (Cuentas de banco, bonos, seguro de vida entera-valor en efectivo, CDs, cuentas de mercado monetario, propiedades, acciones, vehículos, etc.)

Descripción de los Activos:	Valor	Ubicación de los Activos / Sucursal
	\$ _____	
	\$ _____	
	\$ _____	

Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada. Juramentado y afirmado,

Su firma: _____ SSN: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del Notario Público: _____ Fecha de expiración de la licencia/permiso: ___/___/___

SELLO DEL NOTARIO:

Declaración Jurada de Paternidad

Se REQUIERE un formulario por cada menor incluido en este caso.

Este formulario lo llena la siguiente persona:

La MADRE

El Tutor QUE NO SEA padre/madre (CU) que tiene la custodia del (de los) menor(es) y posee información limitada acerca de la paternidad.

El PRESUNTO PADRE, que solicita servicios de manutención infantil como Padre sin custodia, Padre con custodia

Nombre del(de la) niño(a) según el Acta de Nacimiento					
		Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social	Raza	Parentesco con el padre / la madre con custodia / Tutor <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		
El (la) niño(a) fue concebido(a) en:					
Ciudad:	Estado:	Condado:	País:		
Hospital donde nació el(la) niño(a):					
Ciudad		Estado	País		
Estado civil de la madre al nacer el (la) niño(a): <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada el día: _ / _ / _ Nombre del esposo: _____ <input type="checkbox"/> Separada el día: _ / _ / _ <input type="checkbox"/> Divorciada el día: _ / _ / _			Estado civil del padre al nacer el(la) niño(a): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado el día: _ / _ / _ Nombre de la esposa: _____ <input type="checkbox"/> Separado el día: _ / _ / _ <input type="checkbox"/> Divorciado el día: _ / _ / _		
Fecha en que los padres del(de la) niño(a) comenzaron una relación sexual: _ / _ / _ Vivieron juntos desde _ / _ / _ hasta _ / _ / _					
¿Quién es el padre del niño?					
Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Raza
¿Firmó alguna vez el presunto padre (NCP, padre sin custodia por sus siglas en inglés) una Declaración de Paternidad o Reconocimiento de Paternidad por este(a) niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
De ser así, ¿cuándo?: _ / _ / _ ¿En qué estado?: _____					
¿Ha proporcionado el NCP manutención infantil, necesidades o regalos a este(a) niño(a)? ¿De qué manera?					
¿Ha nombrado la madre a alguien más como el padre de este(a) niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro(a) *Ver abajo					
De ser así, nombre:			Dirección:		
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a este NCP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS					
¿Se ha hecho alguna vez una prueba de paternidad a algún otro hombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, adjunte una copia de los RESULTADOS					

Compareció en persona ante el funcionario abajo firmante, debidamente autorizado para tomar juramentos, quien suscribe y declara bajo juramento que las declaraciones anteriores, concernientes a la paternidad, son verdaderas y correctas. Entiendo que para establecer la paternidad legal del(de los) niño(s) antes mencionado(s), podrían requerirse pruebas médicas. Con mi firma en este documento autorizo a la División de Servicios de Manutención Infantil a prestar los servicios necesarios y adecuados en mi nombre, en lo que respecta a las pruebas genéticas y acciones legales para establecer la paternidad del(de los) niño(s).

Certifico que toda la información que he suministrado es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo las sanciones penales por hacer declaraciones falsas y juramentos falsos, según la ley O.C.G.A. §16-10-71 y, por la presente, doy fe de la veracidad de la información proporcionada.

Su nombre en letra de molde: _____

Su firma: _____ Fecha: _____

Firma del Notario Público: _____ Fecha de expiración de la Comisión: _____

SELLO DEL NOTARIO

Número del caso de DCSS: «FIELD52»



Georgia Department of Human Services
Aging Services | Child Support Services | Family & Children Services

Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA
Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Fecha: 8 de abril de 2016

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE.

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) es una agencia de la Rama Ejecutiva del gobierno de Georgia a cargo de administrar numerosos programas federales responsables de guardar, usar y mantener la 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 protegida y confidencial. DHS está obligado a cumplir con estas leyes como se declara en esta notificación.

OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:

A DHS se le requiere por ley:

- Mantener la confidencialidad de la información protegida de salud;
- Entregarle esta notificación de nuestras obligaciones y prácticas de privacidad con referencia a la información médica de usted; y
- Cumplir con los términos de la notificación que está en efecto actualmente.

CÓMO PUEDE DHS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en las que DHS usa y divulga información médica que lo identifica a usted ("Información de Salud"). Con excepción de los propósitos descritos a continuación, DHS usará y divulgará su Información de Salud solamente con su consentimiento por escrito. Usted puede revocar tal permiso en cualquier momento mediante una carta al HIPAA Privacy Officer (Funcionario de Privacidad de HIPAA) en la dirección de contacto indicada anteriormente.

Para tratamiento. DHS puede usar y divulgar su Información de Salud para proporcionarle tratamiento médico o servicios de cuidado relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, DHS puede divulgar su Información de Salud a médicos, enfermeros, técnicos u otro personal que participe en su cuidado médico y necesite información para proporcionarle cuidado médico.

Para pago. DHS puede usar y divulgar su Información de Salud para que DHS u otros puedan facturar y recibir pagos relacionados con su cuidado, una compañía de seguro o terceros por el tratamiento y servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, DHS podría dar la información a su plan de salud para que su tratamiento sea pagado.

Para propósitos de cuidado de salud. DHS puede usar y divulgar Información de Salud para propósitos de cuidado de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarnos de que usted reciba cuidados de calidad y para operar, dirigir y administrar las funciones de la agencia. Por ejemplo, DHS puede usar y divulgar información para asegurarse de que los cuidados médicos que usted recibe son de calidad superior. DHS también puede compartir información con otras entidades con las cuales usted tiene una relación (por ejemplo, su plan de salud) para propósitos de cuidado de la salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. DHS puede usar y divulgar Información de Salud para comunicarse con usted con el propósito de recordarle su cita con un médico. DHS también puede usar y divulgar Información de Salud para hablarle de las alternativas de tratamiento o de los beneficios y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar.

Personas que participan en su cuidado o pagan por su cuidado. Cuando sea adecuado, DHS puede compartir su Información de Salud con una persona que participa en su cuidado médico o paga por su cuidado, como su familia o un amigo cercano. DHS también puede notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar tal información a una entidad que ayude con esfuerzos de socorro en casos de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, DHS puede usar y divulgar Información de Salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto investigativo podría comparar la salud de pacientes que reciben un tratamiento con la de aquellos que reciben otro tratamiento para la misma condición de salud. Antes de que DHS use o divulgue Información de Salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Aun sin la aprobación especial, DHS podrá permitir a los investigadores ver los expedientes con el propósito de ayudarlos a identificar a pacientes que podrían ser incluidos en el proyecto investigativo o con propósitos similares, siempre y cuando no saquen o hagan una copia de cualquier Información de Salud.

SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo requiera la ley. DHS divulgará Información de Salud cuando sea requerido por las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza seria contra la salud o la seguridad. DHS puede usar y divulgar Información de Salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza seria contra su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Solamente se divulgará a alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Asociados comerciales. DHS puede divulgar Información de Salud a nuestros asociados comerciales que desempeñan funciones en nombre nuestro o nos proporcionan sus servicios, si dicha información fuera necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, DHS podrá utilizar los servicios de una entidad diferente para desempeñar servicios de cobro. Todos los asociados comerciales de DHS están obligados a proteger la información de privacidad y no tienen permiso para usar o divulgar ninguna otra información que no esté especificada en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, DHS puede usar o hacer pública Información de Salud a organizaciones que se encargan del manejo de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, el almacenamiento o el transporte de órganos, ojos o tejidos, con el fin de facilitar la donación y el trasplante de estos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, DHS puede hacer pública la Información de Salud como sea requerido por las autoridades del comando militar. DHS puede también divulgar Información de Salud a las autoridades militares adecuadas en el extranjero, si usted es miembro de las fuerzas armadas extranjeras.

Compensación laboral. DHS puede hacer pública Información de Salud para Compensación a los Trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos a la salud pública. DHS puede divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y muertes; reportar abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas acerca del retiro de productos que puedan estar usando; una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y a la autoridad gubernamental adecuada si se cree que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. DHS solamente divulgará esto si usted está de acuerdo o si la ley así lo exige o lo autoriza.

Actividades de supervisión de salud. DHS puede divulgar su Información de Salud a una agencia supervisora de actividades de salud que la ley autorice. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Fines de notificación cuando hay filtración de información. DHS puede usar o divulgar su Información de Salud para proporcionar notificaciones requeridas por la ley en caso de acceso o divulgación de su Información de Salud sin su autorización.

Demandas y disputas. Si usted es parte de una demanda o una disputa, DHS puede divulgar su Información de Salud en respuesta a un mandato judicial o administrativo. DHS también puede divulgar Información de salud en respuesta a una citación, solicitud de revelación de pruebas u otro proceso legal por otra persona que sea parte de la disputa, siempre y cuando se hayan tomado las medidas necesarias para avisarle de la solicitud o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

En cumplimiento de la ley. DHS puede revelar su Información de Salud si se la solicita un funcionario del orden público, si la información es: (1) en respuesta a una orden del tribunal, citación judicial, emplazamiento o un proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito aun si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podamos obtener la autorización de dicha persona; (4) sobre una muerte que creamos que sea el resultado de una conducta criminal; (5) sobre una conducta criminal en nuestros predios; y (6) en caso de una emergencia para informar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. DHS puede revelar su Información de Salud a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. DHS también puede revelar Información de Salud a directores de funerarias si fuera necesario para el cumplimiento de sus deberes.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. DHS puede divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección para el Presidente de EE.UU. y otros. DHS puede divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de Estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Presos o personas bajo custodia. Si usted está preso en una institución penal o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, DHS puede revelar su Información de Salud a la institución penal o al funcionario del orden público. Esto será necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE LE EXIGEN A DHS DARLE A USTED UNA OPORTUNIDAD PARA OBJETAR Y OPTAR

Personas que participan en su cuidado o pagan por su cuidado. A menos que usted se oponga, DHS puede divulgar a un miembro de su familia, a un pariente, a un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted designe, la parte de su Información Protegida de Salud que se relacione directamente con la participación de dicha persona en el cuidado de su salud. Si usted no puede aceptar u objetar dicha divulgación, DHS puede divulgar dicha información si lo considera necesario para su bienestar, basado en el criterio profesional de DHS.

Socorro en casos de desastre. DHS puede divulgar su Información Protegida de Salud a organizaciones de socorro en casos de desastre que busquen su Información Protegida de Salud para coordinar su cuidado, o notificar a su familia o amigos sobre su ubicación o condición en un desastre. DHS le dará la oportunidad de aprobar u objetar dicha divulgación cuando sea práctico hacerlo.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud se harán únicamente con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud para propósitos de mercadeo; y,
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su Información Protegida de Salud.

Otros usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud que no estén cubiertos bajo esta notificación o bajo las leyes que regulan a DHS, solo se harán con la autorización de usted por escrito. Si usted, en efecto, proporciona una autorización a DHS, usted puede anularla en cualquier momento, mediante la presentación de una anulación por escrito al Funcionario de Privacidad mencionado anteriormente. Una vez recibida la petición, DHS no divulgará más su Información

Protegida de Salud bajo la autorización. Sin embargo, las divulgaciones que se hagan de acuerdo con su autorización antes de que usted la anule, no se verán afectadas por su anulación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con referencia a la Información de Salud que DHS guarda sobre usted:

Derecho de inspeccionar y recibir copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir copias de la Información de Salud que podría ser utilizada para pagos o para tomar decisiones sobre su cuidado. Esto incluye los registros médicos y de facturas que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y recibir copias de Información de Salud, usted debe presentar su pedido por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición la información protegida de salud y puede cobrarle una cantidad razonable por los costos de copiar, enviar por correo u otros materiales relacionados con su pedido. DHS no puede cobrarle si usted necesita la información para hacer una reclamación de beneficios según la Ley del Seguro Social o de cualquier otro beneficio estatal o federal basado en la necesidad. DHS puede denegar su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si DHS, en efecto, le deniega su petición, usted tiene el derecho de solicitar que la denegación sea revisada por un profesional de atención de la salud licenciado que no haya participado directamente en la denegación de su petición, y DHS cumplirá con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos. Si su Información Protegida de Salud es mantenida en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o un registro electrónico de salud), usted tiene derecho a pedir que se le entregue una copia electrónica de su registro o que sea transmitida a otra persona o entidad. DHS hará todo lo posible para proporcionar acceso a su Información Protegida de Salud en la forma o formato que usted solicite, si la información es fácil de reproducir en dicha forma o formato. Si la Información Protegida de Salud no es fácil de reproducir en la forma o formato que usted solicite, se le proporcionará su registro en alguno de nuestros formatos electrónicos estándar. Si usted no quiere esta forma o formato, recibirá una copia legible impresa. DHS puede cobrarle un cargo razonable, basado en el costo del trabajo asociado con la transmisión del registro médico electrónico.

Derecho a recibir una notificación cuando se produce una infracción con respecto a su información. Usted tiene derecho a recibir una notificación si se produce una infracción con respecto a su Información Protegida de Salud no segura.

Derecho de enmienda. Si usted cree que la Información de Salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que DHS enmiende la información. Usted tiene derecho a pedir una enmienda mientras la información se mantenga en, o para nuestra oficina. Para pedir una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente.

Derecho a una lista de divulgaciones. Usted tiene derecho a pedir una lista de ciertas divulgaciones de Información de Salud que DHS haya hecho para propósitos ajenos a los tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, o para los cuales usted haya proporcionado una autorización por escrito. Para pedir una lista de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la Información de Salud que DHS usa o divulga sobre usted para tratamiento, pago o cuidado de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que nosotros

divulgamos sobre usted a alguien que participe en su cuidado o el pago por su cuidado, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que DHS no comparta información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para pedir una restricción, usted debe hacer una petición por escrito al Funcionario de Privacidad HIPAA mencionado anteriormente. DHS no está obligado a aceptar su solicitud, a menos que usted esté solicitando a DHS restringir el uso y la divulgación de su Información Protegida de Salud a un plan de salud para propósitos de pago o actividades relacionadas con el cuidado de su salud y la información que desea restringir se refiera exclusivamente a un artículo de cuidado de la salud o un servicio por el cual usted pagó en su totalidad con su propio dinero. Si DHS está de acuerdo, cumpliremos con su pedido, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que DHS se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que DHS solamente lo contacte por correo o en su trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe presentar una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser contactado. DHS atenderá las solicitudes razonables.

Derecho a una copia en papel de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Usted puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque usted haya aceptado recibir esta notificación electrónicamente, usted todavía tiene derecho a recibir una copia en papel. Para obtener una copia en papel de esta notificación, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN:

DHS se reserva el derecho de cambiar esta notificación y hacer que la nueva notificación aplique a la Información de Salud que ya tenemos sobre usted, así como también a cualquier información que recibamos en el futuro. DHS publicará una copia de la notificación actual en nuestras oficinas. La notificación contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta notificación, comuníquese con:

Georgia Department of Human Services
Funcionario de Privacidad de HIPAA
2 Peachtree Street, NW Suite 29-210
Atlanta GA 30303-3142
HIPAADHS@dhs.ga.gov

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito al Funcionario de Privacidad de HIPAA mencionado anteriormente. **Usted no será sancionado por presentar una queja.**

Usted también puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para obtener más información sobre los requisitos de privacidad de HIPAA, los reglamentos de transacciones electrónicas y los códigos establecidos de HIPAA y las normas de seguridad de HIPAA propuestas, visite el sitio web de ACOG www.acog.org o llame al (202) 863-2584.

He leído, entiendo y doy por recibida la Notificación de Prácticas de Privacidad HIPAA de DHS.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Aviso al solicitante: Presente esta Notificación HIPAA firmada junto con todos los materiales de la solicitud a la oficina de la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS) más cercana. No es necesario enviar por correo la Notificación HIPAA por separado a menos que se notifique a un representante de la División de Servicios de Manutención Infantil.



DIVISIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Para que la manutención infantil se envíe directamente a su cuenta corriente o caja de ahorros, lea, complete e imprima este formulario. Incluir un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada con su formulario. Envíe por correo el cheque anulado o la boleta de depósito de caja de ahorros anulada y este formulario a su oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

Sección 1: ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DIRECTO DE PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Autorizo a la División de Manutención Infantil (DCSS) a depositar mis pagos de manutención infantil directamente en mi cuenta corriente o caja de ahorros según se especifica a continuación. **La DCSS también está autorizada a ajustar cualquier exceso/faltante que se ha hecho en mi cuenta corriente o caja de ahorros.** Comprendo que los depósitos/ajustes se realizarán electrónicamente mediante transacciones de compensación automatizada y debo dar a la Reserva Federal dos días hábiles desde la fecha de desembolso para que estos fondos estén disponibles para mi institución financiera. También comprendo lo siguiente: es mi responsabilidad brindar la información de enrutamiento y la información de cuenta correctas para las transmisiones de compensación automatizada adjuntando un cheque anulado o un impreso de la institución financiera anulado para esta autorización. La DCSS no realiza una validación de cuenta para verificar mi información. Notificaré de inmediato a la DCSS si ocurre algún cambio en mi información bancaria. Debo presentar un nuevo formulario de autorización para modificar mi depósito directo. Puedo interrumpir mi depósito directo notificando a la línea gratuita de la DCSS o a la oficina local. Debo notificar a la oficina local de la DCSS sobre cualquier cambio en mi domicilio. Debo incluir mi nombre y número de caso en toda la correspondencia sobre el depósito directo. La línea gratuita y el sitio web de la DCSS proporcionan la fecha en la que el sistema de la DCSS desembolsó mi pago; debo verificar con mi institución financiera cuándo se publica el pago en mi cuenta y cuándo mis fondos están disponibles para ser retirados.

Con mi firma a continuación manifiesto que he leído y que acepto todas las condiciones enumeradas anteriormente.

Firma: _____ Firmado el día: _____

*******POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN CON LETRA DE IMPRENTA O LEGIBLE EN TINTA*******

Sección 2: INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA

Nombre: (Según aparece en su cheque del DDS de Georgia)	Número de caso de la DCSS de Georgia:	
Número de seguro social:	Números de caso adicionales de la DCSS de Georgia:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono para uso durante el día:		Correo electrónico:

Sección 3: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

Nombre de la institución financiera:		
Número de enrutamiento:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta: [] Cuenta corriente [] Caja de ahorros
Ciudad:	Estado:	Teléfono:

Sección 4: *****PARA USO EXCLUSIVO DE LA DCSS*****

Fecha de recepción: ___/___/___	Fecha de entrada: ___/___/___	Fecha de verificación: ___/___/___
Iniciales:	Iniciales:	Iniciales:

Por favor verifique toda la información. Luego, envíe por correo este formulario completo junto con un cheque anulado o una boleta de depósito de caja de ahorros anulada a la oficina local de Servicios de Manutención Infantil.

Marque aquí si es una cuenta "Solo para tarjeta bancaria" []

Para su información: Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free).



Tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia

La División de Manutención Infantil (DCSS) ya no envía los pagos de manutención infantil por correo a través de cheques de papel. Si no envía una solicitud para que sus pagos de manutención infantil se depositen en su cuenta corriente o caja de ahorros, se le enviará por correo una tarjeta de débito MasterCard a través del servicio de correo de primera clase dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que el primer pago de manutención infantil se realiza para su caso.

La tarjeta de débito MasterCard EPPICard de Georgia le permite:

1. Realizar compras en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
2. Obtener reembolsos en efectivo en puntos comerciales en donde se acepten las tarjetas de débito MasterCard
3. Realizar extracciones por ventanilla del banco o cajeros automáticos en donde se acepte MasterCard
4. Acceder a sus pagos de manutención infantil desde cualquier parte en EE. UU. en donde se aceptan las tarjetas de débito MasterCard



Si no recibe su EPPICard dentro de entre 7 y 10 días hábiles desde la fecha en la que su pago de manutención infantil se publica en su caso, contacte al Servicio al cliente de EPPICard en Georgia al 1-800-656-1347. Una vez que haya recibido y activado su EPPICard, podrá recibir alertas de pago creando una cuenta en el sitio web de EPPICard.

Su EPPICard de Georgia expirará cada tres años y se le enviará una nueva tarjeta por correo. **Asegúrese de mantener actualizada su dirección con la DCSS cada vez que su dirección cambie.**

Para su información: Si tiene acceso a Internet, puede visualizar su caso y obtener información de pago en el sitio web de Servicios en línea al cliente en <https://services.georgia.gov/dhr/cspp/do/Logon>. Quienes utilicen el sitio por primera vez deben registrarse para obtener una ID de usuario y una contraseña. Una vez que su caso se ha registrado, puede obtener su IRN llamando al Centro de contacto al 1-844-MYGADHS (1-844-694-2347 Toll Free).