

ESTADO DE KENTUCKY
Gabinete para Familias y Niños
"Un Empleador en Igualdad de Oportunidades M/F/D"
APLICACIÓN NO-KTAP

* * * * *

* **PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA** *

* IV-D Number _____

* Date Requested _____

* Date Provided _____

* Date Returned _____

* * * * *

COMPLETE ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE. INFORMACIÓN ERRÓNEA ATRASARÁ EL TRABAJO EN SU APLICACIÓN.

() Seleccione este espacio si usted es el padre putativo (supuesto) o el padre sin custodia.

() Seleccione este espacio si usted es el padre con custodia. El padre con custodia incluye custodia física.

Servicios de apoyo infantil completos serán otorgados a usted a menos que usted seleccione uno de los dos espacios mostrados a continuación.

() Solamente deseo recibir servicios de localización. Caso Solo de Localización - Sección Estatal de Localización de Padre - State Parent Locator Section (SPLS)

() Solamente deseo recibir servicios de localización. Caso de Secuestro Paternal - SPLS

Ningún otro servicio será provisto por el personal de apoyo infantil cuando usted solicite únicamente servicios de localización.

I. INFORMACIÓN DEL PADRE SIN CUSTODIA (A Ser Provista por el Aplicante)

- | | |
|--|---|
| 1. Nombre _____ | 7. Apodos _____ |
| 2. Número de Seguro Social _____ | 8. Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ |
| 3. Dirección Actual _____ | 9. Ciudad de Nacimiento _____ |
| _____ | 10. Condado de Nacimiento _____ |
| _____ | 11. Estado de Nacimiento _____ |
| 4. Escriba la última dirección conocida y la fecha en que vivió allí si no conoce la dirección actual. _____ | 12. Sexo _____ |
| _____ | 13. Raza |
| _____ | () Americano Nativo |
| Fecha _____ | () Asiático |
| 5. Teléfono de la Casa _____ | () Negro |
| Teléfono del Trabajo _____ | () Blanco |
| 6. Alias _____ | () Hispánico |
| _____ | () Oriental |
| | () Desconocido |
| | () Otro |
| 14. Nombre de Soltera del Padre sin Custodia, si Aplica _____ | |
| 15. NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE EMPLEADOR _____ | |

() Empleador Actual () Empleador Previo Fecha en que Empleo Terminó _____

Fecha de Comienzo _____ Salario _____ Frecuencia _____ Ocupación _____

Estatus de Trabajo ()Tiempo Completo ()Medio Tiempo ()Desempleado ()Desconocido ()
Temporada

16. ¿Pertenece el padre sin custodia a un sindicato laboral? () Si () No () No sé
Si sí, nombre el sindicato y dé su dirección.

17. Color de Cabello _____ Color de Ojos _____ Peso _____ Estatura _____

18. Otras _____ Características
Identificativas _____

19. Historial Militar () Si () No () Rama Desconocida

Fechas _____

20. Historial de Arresto/Prisión () Si () No () Desconocido ¿Dónde?

Fechas _____

21. ¿Ha estado el padre sin custodia casado o se ha vuelto a casar? () Si () No () No sé

Nombre de Pareja Actual

22. ¿Ha recibido beneficios el Padre sin Custodia (Social Security, SSI, K-TAP, Food Stamps, Black Lung, etc.)? () Si () No () No Sé

Tipos _____ Fechas _____

23. ¿Posee el Padre sin Custodia un carro? () Si () No () No sé

Marca _____ Modelo _____

24. **Escriba el nombre del padre y la madre del padre sin custodia aunque ya no estén vivos.**

Nombre del Padre _____ Nombre Actual de la Madre _____ Nombre de Soltera _____

¿Está vivo el padre? () Si () No () No sé

¿Está viva la madre? () Si () No () No sé

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono en la casa _____ Teléfono en la casa _____

Teléfono en el trabajo _____ Teléfono en el trabajo _____

II. INFORMACIÓN DEL PADRE CON CUSTODIA (A Ser Provista por el Aplicante)

1. Nombre _____ 7. Apodos _____

2. Número de Seguro Social _____ 8. Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

3. Dirección Actual _____ 9. Ciudad de Nacimiento _____

10. Condado de Nacimiento _____

11. Estado de Nacimiento _____

5. Escriba la última dirección conocida y la fecha en que vivió allí si no conoce la dirección actual. _____

2. Sexo _____ 13. Raza
 Americano Nativo
 Asiático
 Negro
 Blanco
 Hispánico
 Oriental
 Desconocido
 Otro

5. Teléfono de la Casa _____
Teléfono del Trabajo _____

6. Alias _____

14. Nombre de Soltera de la Madre con Custodia, si Aplica _____

16. **NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE EMPLEADOR** _____

Empleado Actual Empleado Previo Fecha en que Empleo Terminó _____

Fecha de Comienzo _____ Salario _____ Frecuencia _____ Ocupación _____

Estatus de Trabajo Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Desconocido Temporada

16. ¿Pertenece el padre con custodia a un sindicato laboral? Si No No sé
Si sí, nombre el sindicato y dé su dirección. _____

17. Color de Cabello _____ Color de Ojos _____ Peso _____ Estatura _____

18. Otras Características Identificativas _____

19. Historial Militar Si No Rama Desconocida
Fechas _____

20. Historial de Arresto/Prisión Si No Desconocido ¿Dónde? _____
Fechas _____

21. ¿Ha estado el padre con custodia casado o se ha vuelto a casar? Si No No sé
Nombre de Pareja Actual _____

22. ¿Ha recibido beneficios el Padre con Custodia (Social Security, SSI, K-TAP, Food Stamps, Black Lung, etc.)? Si No No Sé
Tipos _____ Fechas _____

23. ¿Posee el Padre con Custodia u Obligor un carro? Si No No sé
Marca _____ Modelo _____

24. **Escriba el nombre el padre y la madre del padre con custodia aunque ya no estén vivos.**

Nombre del Padre _____ Nombre Actual de la Madre _____ Nombre de Soltera _____

¿Está vivo el padre? Si No No sé
¿Está viva la madre? Si No No sé
Dirección _____ Dirección _____

 Teléfono en la casa _____ Teléfono en la casa
 Teléfono en el trabajo _____ Teléfono en el trabajo

III. INFORMACIÓN DEL NIÑO(S)

Complete la información sobre el(los) niño(s) para quien son solicitados los servicios.

Nombre Completo	No. Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo
Raza*				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*MUESTRE UNA DE LAS CATEGORÍAS DE RAZA LISTADAS BAJO EL NÚMERO 13 EN LA PÁGINA 2.

IV. INFORMACIÓN PREVIA

Conteste si usted es el padre putativo (supuesto), padre sin custodia, o padre con custodia.

- ¿Por qué está ausente el padre? () Abandono () Divorcio () Separación () Padres no Casados
- Si los padres estuvieron casados, ¿en qué fecha se casaron?

 ¿Cuándo fue la última vez que los padres estuvieron juntos? _____
- ¿Estaba casado un padre con otra persona cuando el(los) niño(s) fue(ron) engendrado(s)? () Si () No
 ¿Cuál padre? _____ Nombre de la persona con quien el padre estaba casado(a)

- Nombre los niños concebidos en Kentucky.

- ¿Está el(los) niño(s) recibiendo beneficios (SSI, Social Security, K-TAP, food stamps, etc.) en Kentucky ahora? () Si () No
 Tipos _____ Condado _____
- ¿Ha recibido el(los) niño(s) beneficios en Kentucky en el pasado? () Si () No () No Sé
 Tipos _____ Fechas _____ Condado _____
- ¿Ha recibido el(los) niño(s) beneficios en otro estado? () Si () No () No Sé
 Tipos _____ Fechas _____ Estado _____
- ¿Está usted recibiendo beneficios en Kentucky ahora? () Si () No
 Tipos _____ Condado _____
- ¿Ha recibido beneficios en Kentucky en el pasado? () Si () No
 Tipos _____ Fechas _____ Condado _____
- ¿Ha solicitado anteriormente servicios No-K-TAP en Kentucky o en otro estado? () Si () No
 Fechas _____ Estado _____ Condado _____
- ¿Ha pagado el padre sin custodia cualquier gasto médico por el niño(s)? () Si () No () No Sé

12. ¿Ha compartido el padre sin custodia en el apoyo de el(los) niño(s)? () Si () No
() No Sé ¿En qué maneras?

V. INFORMACIÓN DE ORDEN DE APOYO (Incluya una copia certificada de todas las ordenes.)

Seleccione los espacios apropiados aun si usted es el padre putativo (supuesto) o el padre sin custodia aplicando para servicios de apoyo infantil (IV-D).

¿Ha comenzado o ha sido completada la acción para determinar la paternidad?
() Si () No () No Sé TIPO: () Judicial () Administrativa
¿Ha comenzado o ha sido completada la acción para determinar obligación de apoyo infantil?
() Si () No () No Sé TIPO: () Judicial () Administrativa

ORDENES JUDICIALES

1. Tipos: () Paternidad () Apoyo Infantil () Apoyo Médico () Separación Legal
() Retención de Ingresos () Juicio de cobro por períodos vencidos () Otro _____
2. Nombre y dirección de corte(s) donde la acción(es) fue(ron) presentada(s)

3. Fecha(s) Acción (es) fue(ron) Presentada(s) _____ Acción Civil No.

Fecha(s) _____ de
Orden(es) _____

4. ¿Se determinó que el supuesto padre es el padre biológico? () Si () No () No Aplica
C o m e n t a r i o s :

5. ¿Fue ordenado apoyo infantil/de esposos? () Si () No () No Sé Si sí, incluya cantidad de cada uno.

Apoyo Infantil \$ _____ por _____ Apoyo de Esposos \$ _____ por _____
Niño(s) incluido(s) en la orden _____

6. ¿Fue ordenado apoyo médico? () Si () No () No Sé. **Si sí, complete # VI Apoyo Médico.**

7. ¿Ha sido modificada la obligación de apoyo? () Si () No () No Sé Si sí, conteste a continuación.

Cantidad ordenada \$ _____ por _____ Nombre los niños incluidos en la orden
a m e n d a d a

Escriba el nombre y dirección de la corte y el número de acción civil si la corte es diferente a la nombrada en el inciso 2 de la página 3. _____

ORDENES ADMINISTRATIVAS

1. Tipos: () Apoyo Infantil () Apoyo Médico () Retención de Ingresos () Otro _____

2. Nombre y dirección de la agencia que tomó la acción(es)

3. Fecha (s) en que la Acción(es) fue efectiva _____

4. ¿Fue ordenado apoyo infantil? () Si () No () No Sé Si sí, escriba la cantidad y los niños.

Cantidad Ordenada \$ _____ por _____ para _____

5. ¿Fue ordenado apoyo médico? () Si () No () No Sé. **Si sí, complete # VI Apoyo Médico.**

6. ¿Ha sido modificada la obligación de apoyo? () Si () No () No Sé Si sí, complete a continuación.

Cantidad Ordenada \$ _____ por _____ Nombre los niños incluidos en la orden modificada _____

Escriba el nombre y la dirección de la agencia si es diferente a la agencia en el inciso 2 anterior _____

VI. INFORMACIÓN DE APOYO MÉDICO

1. ¿Ha sido ordenado o provisto seguro de salud para los niños? () Si () No () No Sé Si sí, nombre la persona obligada a proveer seguro médico. _____

¿Es el seguro médico () voluntario o () ordenado?

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros _____

Tipos de Cobertura (Encierre los que aplican)

- 1 - Hospital
- 2 - Médico
- 3 - Dental
- 4 - Visión
- 5 - Drogas
- 6 - Cancer Unicamente
- 7 - Beneficios de Salud VA
- 8 - Otros (Accidente/Casualidad) _____

2. La cantidad de apoyo médico vencido es de \$ _____. Este apoyo médico vencido de _____ a _____.

Certifico bajo penalidad de la ley que la información que he provisto es verdadera según mi mejor conocimiento y parecer y que los servicios que he solicitado son para el único propósito de establecer paternidad, si necesario; obtener y enforzar una obligación de apoyo; o solicitar un repaso de modificación en acuerdo con las Pautas de Apoyo Infantil de Kentucky. Entiendo que los servicios de apoyo infantil serán provistos basados en el mejor interés de el(los) niño(s) nombrados en esta aplicación. Estoy de acuerdo con informar a la oficina de apoyo infantil del area o a la oficina del oficial por contrato del IV-D a quien proveo esta aplicación de cualquier cambio en la información presentada en esta aplicación. Si yo soy la persona a quien el apoyo deberá ser pagado, entiendo que al aplicar para servicios de apoyo infantil, otorgo mis derechos de apoyo al Gabinete para Familias y Niños en acuerdo con KRS 205.720(1), como es explicado en la Hoja de Información del Servicio de Apoyo Infantil (Formulatio CS-37). TAMBIÉN ENTIENDO COMO SE ME FUE EXPLICADO EN LA AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE NO REPRESENTACIÓN LEGAL (FORMULARIO CS-11), EL CUAL HE FIRMADO, QUE LOS OFICIALES POR CONTRATO IV-D EMPLEADOS POR EL GABINETE PARA FAMILIAS Y NIÑOS REPRESENTAN AL ESTADOY NO A MI, Y QUE UNA RELACIÓN ABOGADO-CLIENTE NO EXISTE ENTRE CUALQUIERA DE LOS OFICIALES POR CONTRATO IV-D Y YO.

FIRMA _____

FECHA _____

"LOS NIÑOS PRIMERO"