

**AGENCIA DE MANUTENCIÓN DEL CONDADO DE BUTLER
PAPELES PARA INFORMACIÓN PARA PARENTAJE/SOSTENIMIENTO**

No. de Caso _____

USTED DEBE DE COMPLETAR ESTE PAQUETE Y REGRESARLO. Estas preguntas son muy personales pero usted esta requerido a responder. Si usted no es la mama o el papa de los ninos, por favor responda lo que pueda.

Tu nombre:	Nombre del medio:	Apellido:	Apellido de soltera
Tu direccion:	Cuidad:	Estado:	Zona postal:

Dia de Nacimiento:	Tu SSN #:	Tu telefono: ()
--------------------	-----------	---------------------

*Tienes e-mail? Si, **cuál es tu portal?** _____ No

Como quieres recibir noticia de tu Audiencia? E-mail _____ Correo _____

Nino #1 de Este caso:	Nino #2 de este caso:	Nino #3 de este caso:	Nino #4 de este caso:
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Yo deseo establecer una orden de manutención. (Si usted no checa esto y NO esta recibiendo asistencia en efectivo, asumiremos que NO QUIERE una orden de manutención y el caso será cerrado.

1. El PAPA y MAMA de los niños viven juntos? Si No
2. La MAMA y el PAPA están casados todavía? Si. **Cuál es la fecha y lugar ?** _____ No
3. Si la MAMA y el PAPA no están casados, estuvieron casados el uno al otro? Si **En dónde ?** _____ No
4. La MAMA y el PAPA están divorciados? Si. **Estado y Condado** _____ No
5. La MAMA y el PAPA están en el proceso de divorciarse? Si **Estado y Condado de donde archivaron su divorcio** _____ No
6. La MAMA y el PAPA tienen una orden de manutención activa con estos niños? Si **Nombre del Estado/Condado de su orden** _____ No
7. La MAMA de los ninos tuvo relaciones sexuales dos meses antes o dos meses despues de embarasarse?
8. Si **Si dijo si, con quien?** _____ No

Si hay más de una persona que pueda ser el papa, por favor ponga esa información en la página tres o en otra página de papel.

9. La relación sexual que hizo a la MAMA embarasarse tuvo lugar aqui en el Estado de Ohio?

Si No **Si dijo no, en cual Estado?** _____

10. Les han hecho pruebas genéticas a los niños? Si **Si dijo si, en donde?** _____ No

Cuando complete este paquete por favor regresalo a Butler Co CSEA 315 High St . Hamilton Ohio 45011

He contestado completamente el paquete con toda la información que tengo. Yo entiendo que es un crimen proveer informacion falsa. Yo entiendo que la CSEA va aceptar mi caso, una acción de paternidad será archivada en contra del padre/madre ausente y no me va a costar nada. Si you consigo consejo legal, yo tengo que pagar por el. Yo entiendo que la CSEA y los abogados y funcionarios de Audiencia estan representando el Estado de Ohio y no a mi. Yo entiendo que tengo que cooperar completamente, tengo que dar cambio de residencia en escrito y reportarlo a la CSEA inmediatamente. Yo entiendo que tengo que ir a todas las audiencias. Si estoy con ADC/TANF/OWF o tarjeta medica yo entiendo que si no coopero con la CSEA va a afectar esos beneficios que recibo del Estado.

HE LEIDO COMPLETAMENTE Y ENTIENDO TODO EL PAQUETE, O ALGUIEN ME LO LEO Y ME LO DIO A ENTENDER.

LA PERSONA QUE FIRME ESTE PAQUETE, ACEPTA DE RENUNCIAR EL SERVICIO FORMAL, RESIDENCIAL Y/O CORREO CERTIFICADO Y ACEPTA SER SERVIDA/O POR CORREO ORDINARIO MANDADO AL LA ULTIMA DIRECCION CONOCIDA.

Su Firma

Fecha

INFORMACION DEL NINO # 1

Denos una copia del certificado de nacimiento para este niño.

Nombre del Niño:	Nombre del medio	Apellido:
<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina	Día de nacimiento:	Número de Seguro social:

1. Cuál es tu relación con este niño? Mama Papa Cuidadora / Guardiera Legal
2. Este niño vive contigo? Si No, **el niño vive con?** _____
3. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
4. Alguien firmo el certificado de nacimiento del niño? Yes (**por favor ponga el nombre y dirección**). No.
5. Persona nombrada como el padre en el certificado de nacimiento: _____
6. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
7. En cual Hospital nació el niño? _____ Quien fue el Doctor? _____
8. Los gastos de nacimiento los pago el Medicaid/tarjeta medica /caresource? Si No
9. Has ido a la Corte con este niño? Si, **en donde? Por favor marca en donde.** No.
 Corte Juvenal Relaciones Domesticas CSEA Probate Court
 En cual ciudad? _____ Estado? _____ Condado? _____ No de caso _____
10. Usted tiene custodia legal de este niño? **Si, provee copia** No, **entonces quien tiene custodia?** _____
11. Ha estado envuelto con Children Services acerca de este niño? Si, **por favor explica** _____ No

INFORMACION DEL NINO # 2

Denos una copia del certificado de nacimiento para este niño.

Nombre del Niño:	Nombre del medio	Apellido:
<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina	Día de nacimiento:	Número de Seguro social:

1. Cuál es tu relación con este niño? Mama Papa Cuidadora / Guardiera Legal
2. Este niño vive contigo? Si No, **el niño vive con** _____
3. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
4. Alguien firmo el certificado de nacimiento del niño? Yes (**por favor ponga el nombre y dirección**). No.
5. Persona nombrada como el padre en el certificado de nacimiento: _____
6. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
7. En cual Hospital nació el niño? _____ Quien fue el Doctor? _____
8. Los gastos de nacimiento los pago el Medicaid/tarjeta medica/caresource? Si No
9. Has ido a la Corte con este niño? Si, **en donde? Por favor marca en donde.** No.
 Corte Juvenal Relaciones Domesticas CSEA Probate Court
 En cual ciudad? _____ Estado? _____ Condado? _____ No de caso _____
10. Usted tiene custodia legal de este niño? **Si, provee copia** No, **entonces quien tiene custodia?** _____
11. Ha estado envuelto con Children Services acerca de este niño? Si, **por favor explica** _____ No

INFORMACION DEL NINO #3

Denos una copia del certificado de nacimiento para este niño.

Nombre del Niño:	Nombre del medio	Apellido:
<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina	Día de nacimiento:	Número de Seguro social:

1. Cuál es tu relación con este niño? Mama Papa Cuidadora / Guardiera Legal
2. Este niño vive contigo? Si No, **el niño vive con** _____
3. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
4. Alguien firmo el certificado de nacimiento del niño? Yes (**por favor ponga el nombre y dirección**). No.
5. Persona nombrada como el padre en el certificado de nacimiento: _____
6. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
7. En cual Hospital nació el niño? _____ Quien fue el Doctor? _____
8. Los gastos de nacimiento los pago el Medicaid/tarjeta medica/caresource? Si No
9. Has ido a la Corte con este niño? Si, **en donde? Por favor marca en donde.** No.
 Corte Juvenal Relaciones Domesticas CSEA Probate Court
 En cual ciudad? _____ Estado? _____ Condado? _____ No de caso _____
10. Usted tiene custodia legal de este niño? **Si, provee copia** No, **entonces quien tiene custodia?** _____
11. Ha estado envuelto con Children Services acerca de este niño? Si, **por favor explica** _____ No

INFORMACION DEL NINO #4

Denos una copia del certificado de nacimiento para este niño.

Nombre del Niño:	Nombre del medio	Apellido:
<input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nina	Día de nacimiento:	Número de Seguro social:

1. Cuál es tu relación con este niño? Mama Papa Cuidadora / Guardiera Legal
2. Este niño vive contigo? Si No, **el niño vive con** _____
3. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
4. Alguien firmo el certificado de nacimiento del niño? Yes (**por favor ponga el nombre y dirección**). No.
5. Persona nombrada como el padre en el certificado de nacimiento: _____
6. Su dirección, incluyendo Ciudad, Estado y Zona postal: _____
7. En cual Hospital nació el niño? _____ Quien fue el Doctor? _____
8. Los gastos de nacimiento los pago el Medicaid/tarjeta medica/caresource? Si No
9. Has ido a la Corte con este niño? Si, **en donde? Por favor marca en donde.** No.
 Corte Juvenal Relaciones Domesticas CSEA Probate Court
 En cual ciudad? _____ Estado? _____ Condado? _____ No de caso _____
10. Usted tiene custodia legal de este niño? **Si, provee copia** No, **entonces quien tiene custodia?** _____
11. Ha estado envuelto con Children Services acerca de este niño? Si, **por favor explica** _____ No

INFORMACIÓN ACERCA DEL PAPA DE LOS NIÑOS

Nombre:	Nombre del medio:	Apellido:	
Direction actual:	Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Dia de nacimiento:	Seguro social:	Telefono de casa: ()	Celular # ()
--------------------	----------------	-----------------------	---------------

El PAPA del nino esta empleado? Si No Ingresos Anuales: \$

Nombre del trabajo:

Dirección del Trabajo (incluye ciudad, estado y zona postal)	Telefono: ()
--	---------------

Estatura:	Peso:	Raza:
Color de cabello:	Color de Ojos:	Marcas:

1. El PAPA de los niños tiene E-mail? Si, **cual es?** _____ No
2. Alias del PAPA _____
3. Si no sabes el día de nacimiento da la edad, mes: _____ En donde nació? _____
4. Si no sabes su dirección, da la última dirección que tengas: _____
5. Si no sabes el empleador, da el último que tengas incluyendo la ciudad, estado y zona postal: _____
6. Hay una orden de protección contra el PAPA? Si, **por favor da la fecha y lugar** _____ No
7. El ha servido en el Ejército? Si. **En donde y que rama** _____ No
8. Por favor checa alguno de lo siguiente si el ha recibido y el Estado de donde recibio:
 - Welfare Cheque de desempleo Compensacion de trabajo Seguro social Beneficios Veteranos
9. Especifica beneficios que EL recibe ahorita: _____
10. El tiene propiedades de casas, etc? Si **Da la direccion y Estado:** _____ No
11. El está encarcelado? Si **Nombre y direccion de la carcel** _____ No.
12. Ha estado el encarcelado en el pasado? Si Nombre y direccion de la carcel _____ No
13. El visita con el niño? Si **cuantas veces?** _____ No.
14. El recibe correo en la casa de la MAMA? Si No
15. El ha vivido con la Mama? Si, **cuando?** _____ No
16. Cuando tuviste el último contacto con el? _____
17. La escuela y fecha de graduación de el _____
18. Todos los Estados/dirección en donde el ha vivido _____
19. Todos los Estados donde el ha tenido licencia de manejo _____
20. Te ha dado dinero, comida, ropa, regalos, etc. para los niños? Si **cuando y que** _____ No
21. **El padre del niño esta o a estado casado con alguien más?** Si No No se
 - Si dijo que si, con quien? _____ fecha de matrimonio _____ Estado y ciudad _____
22. El Padre está divorciado? Si No No se
 - So dijo que si, con quién? _____ fecha de divorcio _____ Estado y Ciudad _____
23. **Complete lo siguiente si EL ha tenido hijos no relacionados con este caso (incluye la ciudad y estado de donde viven).**
 - Nombre del niño _____ día de nacimiento: _____
 - Ciudad y Estado donde vive _____ el nombre de la mama _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LA MAMA DE LOS NIÑOS

Por favor denos copia del certificado de nacimiento

Nombre:	Nombre del medio:	Apellido:	Apellido de soltera:
Dirección Actual:	Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Día de nacimiento:	Seguro social:	Telefono: ()	Celular ()
--------------------	----------------	---------------	-------------

La MAMA del niño esta empleada? Si No Ingresos Anuales: \$ _____

Nombre del trabajo: _____

Dirección:	Telefono: ()
------------	---------------

Estatura:	Peso:	Raza:
Color de cabello:	Color de Ojos:	Marcas:

1. La mama de los niños tiene E-mail? Si, **cuál es?** _____ No
2. Alias de la MAMA _____
3. Si no sabes el día de nacimiento da la edad, mes _____ **En donde nacio?** _____
4. Si no sabes su dirección, da la última dirección que tengas: _____
5. Si no sabes el nombre de donde trabaja, provee el nombre del último trabajo, incluyendo la ciudad, estado y zona postal _____.
6. Hay una orden de protección contra la MAMA? Si, **por favor da la fecha y lugar** _____ No
7. Ella ha servido en el Ejercito? Si. **En donde y que rama** _____ No
8. Por favor checa alguno de lo siguiente si ella ha recibido y el Estado de donde recibio:
 Welfare Cheque de desempleo Compensacion de trabajo Seguro social Beneficios Veteranos
9. Especifica los beneficios que recibe ahorita: _____
10. Ella tiene propiedades de casas, etc? Si **Da la dirección y Estado:** _____ No
11. Ella visita con el niño? Si **cuantas veces?** _____ No.
12. Esta ELLA encarcelada? Si? Denos el lugar y la fecha _____ No
13. Ha estado el encarcelada en el pasado? Si Nombre y dirección de la cárcel _____ No
14. Ella recibe correo en la casa del PAPA? Si No _____.
15. Ella ha vivido con el papa? Si, **cuando?** _____ No
16. Cuando tuviste el último contacto con ELLA? _____
17. Provee el nombre de la escuela y fecha de graduación o el último año atendido de ELLA _____
18. Todos los Estados/dirección en donde ELLA ha vivido _____
19. Todos los Estados donde ELLA ha tenido licencia de manejo _____
20. Te ha dado dinero, comida, ropa, regalos, etc. para los niños? Si **cuando y que** _____ No
21. **Esta la MAMA de ese niño casada o ha estado casada con alguien más?** ___ Si ___ No ___ No se
 Si dijo que si, con quién? _____ fecha de matrimonio _____ Estado y ciudad _____
22. **Ha estado divorciada?** Si No No se
23. Si dijo que si, con quién? _____ fecha de divorcio _____ Estado y ciudad _____

Complete lo siguiente si ELLA tiene hijos no relacionados con este caso (incluya la ciudad y estado donde viven).

Nombre del niño _____ día de nacimiento: _____

Ciudad y Estado donde vive _____ el nombre del papa _____

POR FAVOR PROVEE EL NOMBRE DE LOS PAPAS DE LA MAMA DE LOS NIÑOS

Nombre de la mama: (abuela)	Día de nacimiento;	No. de telefono: ()
Dirección:	Ciudad:	Estado y/zona postal:
Nombre del papa: (abuelo)	Día de nacimiento:	No. de telefono: ()
Dirección:	Ciudad:	Estado y zona postal:

*Si la MAMA es una menor y ELLA no vive con sus papas, quien tiene custodia legal de ELLA?

Nombre: _____ teléfono : _____ Relación _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado y zona postal _____

POR FAVOR PROVEE EL NOMBRE DE LOS PAPAS DEL PAPA DE LOS NINOS

Nombre de la mama del papa: abuela	Día de nacimiento;	No. De teléfono ()
Dirección:	Ciudad:	Estado / zona postal:
Nombre del papa:	Día de nacimiento:	No. De telefono: ()
Dirección:	Ciudad:	Estado / zona postal:

Si el PAPA es una menor y EL no vive con sus papas, quien tiene custodia legal de EL?

Nombre: _____ # telefono: _____ Relacion _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado y zona postal _____

Otra información relacionada con este caso: _____

****POR FAVOR RECUERDE, SI USTED NO COMPLETA Y REGRESA ESTE PAQUETE USTED PUEDE SER SANCIONADA DE SUS BENEFICIOS DEL ESTADO DE OHIO****

POR FAVOR TRAIGA CONTIGO LO SIGUIENTE:

- El paquete llenado completamente con toda la información que tu tengas.
- Todas las copias de tu orden de sostenimiento de tus niños, si las tienes.
- El certificado de nacimiento y tarjetas de seguro social de cada niño y de la mama de los niños.

****** LA CSEA NO TIENE ESTACIONAMIENTO GRATIS EN EL GARAGE Y NO PODEMOS VALIDAR TU BOLETO******