

CUESTIONARIO SOBRE LA MANUTENCIÓN

INSTRUCCIONES:

Tiene que contestar TODAS las preguntas.
COMPLETE UN FORMULARIO PARA CADA PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA O CADA PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR.

Use tinta. Escriba la respuesta con letra de molde. Marque Sí, No, o No sé.

Use una hoja de papel por separado si necesita más espacio.

FOR COUNTY USE ONLY

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| CWD CASE NAME | LCSA CASE NAME |
| CWD CASE NUMBER | LCSA CASE NUMBER |
| CWD WORKER NAME/NO. | LCSA WORKER NAME/NO. |
| TELEPHONE NUMBER () | TELEPHONE NUMBER () |

SECCIÓN 1 - COMPLETE LO SIGUIENTE SOBRE USTED

| | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------------|---------------|---------------------------|
| NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | | | NOMBRE DE SOLTERA | | |
| DIRECCIÓN (NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO DEL APARTAMENTO, SI LO HAY) | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | NÚMERO DE TELÉFONO () |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) | FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | | RAZA | |
| SU PARENTESCO CON LOS NIÑOS | SU PARENTESCO CON EL PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA/EL PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ex-esposo(a) <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro | | | | |

SECCIÓN 2 - COMPLETE LO SIGUIENTE SOBRE EL PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA O EL PADRE SOLTERO QUE VIVE EN EL HOGAR

| | | | | | | |
|--|---------------------------|--|-------------------------------|---|---|------|
| A. NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) | | <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO | |
| ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA (NÚM. DE LA CALLE, NÚM. DE APARTAMENTO, SI LO HAY) | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | |
| ¿CUÁNDO ERA ACTUAL ESTA DIRECCIÓN? | NÚMERO DE TELÉFONO () | ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE RECIBÍ CORRESPONDENCIA O SUPO DE ESTE PADRE/MADRE? | | ¿Vive con usted este padre/madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | ESTATURA | PESO | COLOR DE OJOS | COLOR DE PELO | RAZA |
| CICATRICES, MARCAS DE NACIMIENTO, TATUAJES, SOBRENOMBRES, ETC | | | | | | |

B. ¿QUÉ CLASE DE INGRESOS TIENE EL PADRE/ADRE SIN LA CUSTODIA? Ingresos Beneficios por desempleo o por discapacidad Seguro Social Ninguno Otro

| | | | | | |
|--|--------|---------------|---|--|--|
| ÚLTIMO EMPLEADOR QUE SE LE CONOCE | | | NÚMERO DE TELÉFONO () | | |
| DIRECCIÓN | | | TIPO/CLASE DE TRABAJO | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | ¿ES MIEMBRO DE UN SINDICATO? <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del sindicato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | |
| ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE ESTE PADRE/MADRE TRABAJÓ ALLÍ? | | | DIRECCIÓN DEL SINDICATO: | | |

C. ¿ESTE PADRE/MADRE TIENE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS? Sí No No sé

| | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| ¿A QUIÉN CUBRE EL SEGURO? | | |
| NOMBRE DEL SEGURO | NÚMERO DE LA POLIZA | FECHA DE COBERTURA |

D. LOS PADRES ESTÁN O HAN SIDO CASADOS FECHA _____ LUGAR _____ DIVORCIADOS FECHA _____ LUGAR _____ SEPARADOS NUNCA CASADOS VIVIENDO JUNTOS

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| E. ¿HAY ORDEN DE MANUTENCIÓN DE LA CORTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Está pendiente | | CANTIDAD DICTADA \$ | ¿CON QUÉ FRECUENCIA? |
| FECHA DE LA ORDEN DE LA CORTE | | NÚMERO DE LA ORDEN DE LA CORTE | LUGAR DE LA CORTE (CONDADO Y ESTADO) |
| ¿Cómo paga el padre/madre? <input type="checkbox"/> A usted <input type="checkbox"/> Al Condado <input type="checkbox"/> Deducción del salario <input type="checkbox"/> Otro | | ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE EL PADRE/MADRE PAGÓ? | ¿CUÁNTO? \$ |
| F. NOMBRE DE UNA AMISTAD O PARIENTE DEL PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA | | PARENTESCO CON EL PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA | NUMERO DE TELÉFONO () |
| DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE) | | CIUDAD | ESTADO CÓDIGO POSTAL |

| | | | | | | |
|--|--|---|--------|-----|-----------------|--------|
| G. ¿Este padre/madre es dueño de algún vehículo motorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | MARCA | MODELO | AÑO | NÚMERO DE PLACA | ESTADO |
| H. ¿Este padre/madre es dueño de una casa, terreno, edificio, o cuentas bancarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | ¿QUÉ/DÓNDE? | | | | |
| I. ¿Este padre/madre está en la actualidad en libertad condicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | ¿EN QUÉ CONDADO O ESTADO? | | | | |
| J. ¿Este padre/madre ha estado alguna vez en la cárcel o prisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁNDO/DÓNDE? | | | | |
| K. ¿Este padre/madre ha estado alguna vez en el servicio militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁNDO/EN QUÉ RAMO? | | | | |
| L. ¿Puede usted identificar o ayudar a encontrar al padre/madre que no tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |

| SECCIÓN 3 - NIÑOS (EN EL HOGAR DE USTED) DE ESTE PADRE/MADRE O PADRE SOLTERO | | | | | DECLARACIÓN DE PATERNIDAD | |
|--|--|--------------------|----------------------|------------------------------------|--|-------------------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Núm. Seguro Social | FECHA DE NAC. - - | LUGR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ | FECHA EN QUE SE FIRMÓ CONDADO |
| NOMBRE DEL NIÑO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Núm. Seguro Social | FECHA DE NAC. - - | LUGR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ | FECHA EN QUE SE FIRMÓ CONDADO |
| NOMBRE DEL NIÑO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Núm. Seguro Social | FECHA DE NAC. - - | LUGR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ | FECHA EN QUE SE FIRMÓ CONDADO |
| NOMBRE DEL NIÑO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Núm. Seguro Social | FECHA DE NAC. - - | LUGR DE NACIMIENTO, CIUDAD, ESTADO | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ | FECHA EN QUE SE FIRMÓ CONDADO |

SECCIÓN 4 - SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS (SÓLO MEDI-CAL)

No quiero otros servicios para el cumplimiento de manutención de hijos.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTE CUESTIONARIO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA.

| | |
|-----------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-----------|-------|