STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • OCSS.RI.GOV

APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES - COVER LETTER

Dear Applicant,

Attached is the application for child support services. Please print clearly and attach all necessary documentation. To help us process your application as quickly as possible, please refer to the checklist below. We cannot process your application until we receive all required information and documents. Incomplete applications will be returned.

- For each Non-Custodial Parent (NCP) a SEPARATE application must be filled out
- A copy of each child's birth certificate
- A copy of your divorce decree *(if applicable)*
- A copy of **ALL** child support orders (current & previous)
- An application fee of $20.00 (personal check/money order only) made payable to: Office of Child Support Services *(No fee Medicaid/RI Works/CCAP)*
- Signed Certification by Custodial Parent
- Direct Pay Affidavit - *payments not sent through State Disbursement Unit (SDU)*
- Medical Support Information
- **Authorization for Direct Deposit or**
- **Authorization to deposit child support funds electronically on KIDS Card**
- Family Violence Questionnaire

Please note a recent change to banking regulations requires a custodial parent to indicate and sign an authorization form directing their child support payments to a either a checking/savings account or to the electronic debit card KIDS card.

If you are worried about a domestic violence issue and believe that you are in need of having your address and a limited amount of other personal information protected from the non-custodial parent, complete the Family Violence Questionnaire. (Rhode Island General Laws § 15-22-4) This form prevents disclosure of certain identifying information in connection with the Rhode Island IV-D Child Support program **ONLY**. The Family Violence Questionnaire **DOES NOT** seal the family court file. The questionnaire is **neither a restraining order, nor an order for protection**. A separate motion is required to be filed with Family Court to seal documents in the court file. This questionnaire should only be completed if you decide that your information should be protected.

Once your completed application is received, a child support agent will review the information submitted, to determine if any further information is needed. If it is determined that you have provided an incomplete application, or you have failed to provide the required documents necessary to create a case, **the application and your check will be returned**. Checked/Highlighted markings will indicate what information is still necessary to process the application. In some cases, a child support agent may contact you by telephone, or in writing. Our goal is to efficiently assist you in obtaining child support for your children. We need your full cooperation and assistance to do so.

Very truly yours,

Priscilla B. Glucksman, Esquire
Child Support Director
Rhode Island Office of Child Support Services

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • OCSS.RI.GOV

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

Estimado solicitante,

Adjunta la solicitud de servicios de manutención de Menores. Por favor escriba claramente y adjuntar toda la documentación necesaria. Para ayudar a procesar su solicitud lo más rápido posible, por favor refiérase a la lista a continuación. No podemos procesar su solicitud hasta que recibamos la información y documentación requerida. Se devolverán las solicitudes incompletas.

- Para cada padre sin custodia (NCP) una solicitud por separado debe ser llenada
- Una copia del certificado de nacimiento de cada niño
- Una copia de su certificado de divorcio *(si aplica)*
- Una copia de **todas** las órdenes de manutención de niños (actual y anterior)
- Una cuota de $ 20.00 para solicitud (cheque personal / giro postal) a nombre de: Oficina de Servicios de Mantenimiento de Menores *(sin cargo de Medicaid / RI Works / CCAP)*
- certificación firmada por la custodia de Padres
- Declaración jurada de pago directo - *pagos no se envía a través de la Unidad Estatal de Desembolso (SDU)*
- Información de asistencia médica
- Cuestionario de Violencia Familiar

Si usted está preocupado por un problema de violencia doméstica y cree que está en necesidad de contar con que su dirección y su información personal protegida del padre sin custodia, favor de completar el Cuestionario de Violencia Familiar. (Rhode Island Leyes Generales § 15-22-4) Esta forma evita la divulgación de cierta información de identificación en relación con el programa de Rhode Island IV-D Programa de Mantenimiento de Menores **solamente**. Él Cuestionario de Violencia Familiar **NO** sella el expediente de la corte familiar. El cuestionario no es **una orden de restricción, ni una orden de protección**. Es necesaria una moción aparte para ser presentado ante la Corte de Familia para sellar documentos en el expediente judicial. Este cuestionario sólo debe ser completado si usted decide que su información debe ser protegida.

No hay necesidad de preguntar sobre el estado de su solicitud. Usted recibirá una "carta de bienvenida" poco después de recibir su solicitud completa. Sin embargo, si se determina que usted ha proporcionado una solicitud incompleta, o que haya fallado en proveer los documentos requeridos necesarios para crear un caso, serán devueltos la aplicación y su cheque. Casillas marcadas indicaran qué su información todavía es necesaria para tramitar la solicitud. En algunos casos, un agente encargado de su caso sé pondrá en contacto con usted por teléfono, o por escrito. Nuestro objetivo es ayudarle de manera eficiente en la obtención de la manutención de Menores. Necesitamos su cooperación y asistencia completa para hacerlo.

Muy atentamente,

Priscilla B. Glucksman, Esquire
Directora de Manutención de Menores
La Oficina de Manutención De Menores De Rhode Island

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • OCSS.RI.GOV

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

APPLICATION CHECKLIST

Before submitting you application to The Office of Child Support Services, please confirm, that all of the following answers are completed to the best of your ability, and that all required documents are included with your application.

A child support representative will review the application when it is received and if it is determined that you have provided an incomplete application, or you have failed to provide the required documents necessary to process your case, **the application and your check will be returned**.

Review the list below for the required information and documentation.

If you are receiving the application back once it was submitted, the check marked section(s) is the information that is needed to open a case. Please complete, and then return to The Office of Child Support Services, along with your $ 20.00 check.

In some cases a child support agent may contact you by telephone, or in writing.

THE APPLICATION PRINTED, ACCURATELY AND COMPLETELY *(APPLICATION WILL BE RETURNED WITH ANY INCOMPLETE INFORMATION HIGHLIGHTED)*

REQUIRED/IMPORTANT DOCUMENT CHECKLIST

- ☐ FOR EACH NON-CUSTODIAL PARENT (NCP) A SEPARATE APPLICATION MUST BE FILLED OUT
- ☐ A COPY OF EACH CHILD'S BIRTH CERTIFICATE
- ☐ A COPY OF YOUR DIVORCE DECREE *(IF APPLICABLE)*
- ☐ A COPY OF **ALL** CHILD SUPPORT ORDERS (CURRENT & PREVIOUS)
- ☐ AN APPLICATION FEE OF $20.00 (PERSONAL CHECK/MONEY ORDER ONLY) MADE PAYABLE TO: OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES *(NO FEE SNAP/RI WORKS/CCAP*
- ☐ CERTIFICATION BY CUSTODIAL PARENT
- ☐ DIRECT PAY AFFIDAVIT - *PAYMENTS NOT SENT THROUGH STATE DISBURSEMENT UNIT (SDU)*
- ☐ MEDICAL SUPPORT INFORMATION
- ☐ FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE

Rev.: 08/01/2026

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • OCSS.RI.GOV

APPLICATION CHECKLIST

If you are missing information or documents are still needed, this form will be returned to you indicating any missing materials by a Child Support Representative.

THE CHECK MARKED/HIGHLIGHTED SECTION(S) INDICATES THE INFORMATION THAT IS NEEDED TO OPEN A CASE. PLEASE COMPLETE AND RETURN TO THE OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES, ALONG WITH YOUR $ 20.00 CHECK.

IN SOME CASES A CHILD SUPPORT AGENT MAY CONTACT YOU BY TELEPHONE, IN WRITING OR BY E-MAIL.

- ☐ SECTIONS OF APPLICATION WERE LEFT INCOMPLETE, ILLEGIBLE OR NECESSARY DOCUMENTS ARE MISSING (SEE HIGHLIGHTED MARKINGS)
- ☐ A SEPARATE APPLICATION WAS NOT USED FOR EACH NON-CUSTODIAL PARENT (NCP)
- ☐ COPY OF CHILD/CHILDREN'S BIRTH CERTIFICATE WAS NOT INCLUDED
- ☐ COPY OF DIVORCE DECREE WAS NOT INCLUDED (ONLY IF APPLICABLE)
- ☐ COPY OFF ALL CHILD SUPPORT ORDER(S) WAS NOT INCLUDED (CURRENT & PREVIOUS)
- ☐ APPLICATION FEE OF $20.00 (PERSONAL CHECK/MONEY ORDER) MADE PAYABLE TO OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES WAS NOT SUBMITTED • **NO FEE**: MEDICAID/RI WORKS/CCAP
- ☐ MEDICAL SUPPORT INFORMATION INCOMPLETE
- ☐ DIRECT PAY AFFIDAVIT - PAYMENTS **NOT** SENT THROUGH A STATE DISBURSEMENT UNIT *(SDU)* INCOMPLETE/DIRECT PAY AFFIDAVIT CERTIFICATION INCOMPLETE
- ☐ CERTIFICATION BY CUSTODIAL PARENT NOT SIGNED
- ☐ FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE INCOMPLETE
- ☐ OTHER REASONS APPLICATION IS BEING RETURNED:

_____
_____
_____
_____

DATE APPLICATION RECEIVED: _____

DATE APPLICATION RETURNED TO CP: _____

Rev.: 08/01/2026

SECTION A – CUSTODIAL PARENT (CP)/PARTY INFORMATION
SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL PROGENITOR QUE TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL (CP)

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. RECUERDE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

***** IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT "UNKNOWN" IN THE BOX.

* SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

CP NAME: NOMBRE DEL CP	☐ **MALE** ☐ **FEMALE** HOMBRE MUJER
CP ALIAS: (IF APPLICABLE) OTROS NOMBRES QUE EL CP USA (SI APLICA)	**SSN#** # DE SEGURO SOCIAL:

CP ADDRESS:
DOMICILIO DEL CP:

STREET / CALLE

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL **COUNTRY** / PAÍS

IS THIS ADDRESS CURRENT? / ¿ES ESTE EL DOMICILIO ACTUAL? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

MAILING ADDRESS: (IF DIFFERENT THAN ABOVE)
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)

HOME PHONE: TELÉFONO EN CASA	**CELL PHONE:** TELÉFONO CELULAR	**EMAIL:** CORREO ELECTRÓNICO
DOB: FECHA DE NACIMIENTO	**CP BIRTHPLACE:** LUGAR DE NACIMIENTO DEL CP	**MAIDEN/FORMER NAME(S):** NOMBRE(S) DE SOLTERA/ANTERIOR(ES)

CP ETHNICITY: ÉTNIA DEL CP	**PRIMARY LANGUAGE:** IDIOMA NATAL

CURRENT CP EMPLOYER NAME: NOMBRE DEL PATRONO ACTUAL DEL CP	**WORK PHONE:** TELÉFONO EN EL TRABAJO

CP EMPLOYER ADDRESS:
DIRECCIÓN DEL PATRONO DEL CP

STREET / CALLE

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL **COUNTRY** / PAÍS

DO YOU RECEIVE RI WORKS, STATE MEDICAL, OR CCAP?
¿RECIBE RI WORKS, SEGURO DEL ESTADO O CCAP? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

IF THE ANSWER IS YES, CHECK THE TYPE(S) OF ASSISTANCE YOU RECEIVE(ED). /SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL/LOS TIPO(S) DE AYUDA QUE RECIBE/RECIBIÓ

☐ **RI WORKS** / RI WORKS ☐ **STATE MEDICAID** / MEDICAID ESTATAL ☐ **CCAP** / CCAP

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE SPOUSE IS THE LEGAL PARENT OF THAT CHILD. IF A DIVORCE DECREE OR COURT ORDER EXCLUDES THE SPOUSE/FORMER SPOUSE AS THE PARENT OF ANY CHILD(REN) LISTED BELOW, A COPY OF THAT COURT ORDER EXCLUDING THE SPOUSE/FORMER SPOUSE AS THE PARENT MUST BE ATTACHED.

SI UN NIÑO NACE DURANTE EL TIEMPO QUE UNA MUJER ESTÁ CASADA O DENTRO DE LOS 300 DÍAS DE LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO, LA LEY ESTATAL DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL CÓNYUGE ES EL PADRE LEGAL DE ESE NIÑO. SI UN DECRETO DE DIVORCIO U ORDEN JUDICIAL EXCLUYE AL CÓNYUGE/ EX CÓNYUGE COMO EL PADRE DE CUALQUIER NIÑO (S) QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN, SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE ESA ORDEN JUDICIAL QUE EXCLUYA AL CÓNYUGE/ EX CÓNYUGE COMO EL PADRE.

WAS THE MOTHER MARRIED TO ANYONE AT THE TIME OF THE BIRTH OF THE CHILD? ¿ESTABA CASADA LA MADRE CUANDO NACIÓ EL NIÑO?	☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

LOCATION OF THE MARRIAGE: LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL MATRIMONIO	**NAME OF SPOUSE:** NOMBRE DEL CÓNYUGE

DATE OF THAT MARRIAGE *(IF APPLICABLE)*:
FECHA DEL MATRIMONIO (SI ES APLICABLE)

CIVIL UNION: DATE, & LOCATION *(IF APPLICABLE)*:
UNIÓN LIBRE: FECHA Y LUGAR (SI ES APLICABLE)

STATE OF LAST SHARED ADDRESS:
ESTADO EN EL QUE COMPARTIERON DOMICILIO POR ÚLTIMA VEZ:

DATE AND LOCATION OF DIVORCE/SEPARATION/ANNULMENT:
FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO/SEPARACIÓN/ANULACIÓN

WHAT IS YOUR RELATIONSHIP TO THE NON-CUSTODIAL PARENT?
¿CUÁL ES SU PARENTESCO CON EL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL?

- ☐ **NEVER MARRIED/PARTY TO CIVIL UNION** / NUNCA CASADO(A)/PAREJA EN UNIÓN LIBRE
- ☐ **CURRENTLY MARRIED/PARTY TO CIVIL UNION** / CASADO(A) ACTUALMENTE/PAREJA EN UNIÓN LIBRE
- ☐ **SEPARATED** / SEPARADO(A)
- ☐ **DIVORCED** / DIVORCIADO(A)
- ☐ **PARENTAGE ORDER ATTACHED** / ORDEN DE PATERNIDAD ADJUNTA
- ☐ **OTHER** / OTRO

REQUIRED: THE APPLICATION WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE, UNLESS A COPY OF YOUR DIVORCE DECREE IS ATTACHED TO THE APPLICATION.
REQUERIDO: LA SOLICITUD SE CONSIDERARÁ INCOMPLETA A MENOS DE QUE SE LE ADJUNTE UNA COPIA DE SU DECRETO DE DIVORCIO.

IF SEPARATED, HAS A PRIVATE ATTORNEY STARTED DIVORCE PROCEEDINGS AND/OR IS A COURT DATE CURRENTLY PENDING?
SI ESTÁ SEPARADO(A), ¿HA UN ABOGADO PRIVADO COMENZADO EL PROCESO DE DIVORCIO Y/O ESTÁ PENDIENTE UNA DIENCIA JUDICIAL? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

CIVIL ACTION FILE NUMBER/DOCKET NUMBER / NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA DEMANDA CIVIL/NÚMERO DE ARCHIVO: _____

ATTORNEY NAME:
NOMBRE DEL ABOGADO

ATTORNEY ADDRESS:
DIRECCIÓN DEL ABOGADO

STREET / CALLE

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD /ESTADO/CÓDIGO POSTAL

ATTORNEY PHONE: NÚMERO DE TELÉFONO DEL ABOGADO	**ATTORNEY EMAIL:** CORREO ELECTRÓNICO DEL ABOGADO

STATE WHERE LEGAL ACTION IS PENDING:
ESTADO EN DONDE LA DEMANDA LEGAL ESTÁ PENDIENTE

HAS A COURT ORDER FOR CHILD SUPPORT ALREADY BEEN ESTABLISHED? (COULD BE IN A DIFFERENT STATE)
¿YA HA DICTADO ALGÚN TRIBUNAL UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES? (PUDIERA SER EN OTRO ESTADO)
☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

IF YES, PROVIDE DETAILS OF ESTABLISHED COURT ORDER FOR CHILD SUPPORT:
SI ES SÍ, PROVEA LOS DETALLES DE DICHA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES:

STATE / ESTADO: _____ **AMOUNT** / CANTIDAD: _____

FREQUENCY / FRECUENCIA: _____ **DATE OF ORDER** / FECHA DE LA ORDEN: _____

ATTACH COPY OF SIGNED COURT ORDER THAT HAS ALREADY BEEN ESTABLISHED, AS WELL AS ANY PRIOR ORDERS.
ADJUNTE UNA COPIA FIRMADA DE LA ORDEN QUE YA SE HA DICTADO, ASÍ COMO COPIA DE TODA ORDEN ANTERIOR.

HAVE ALL CHILD/MEDICAL SUPPORT PAYMENTS BEEN PROCESSED THROUGH THE STATE DISBURSEMENT UNIT? *(SDU)*
¿TODOS LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES O PAGOS MÉDICOS HAN SIDO PROCESADOS A TRAVÉZ DE LA UNIDAD DE DESEMBOLSOS DEL ESTADO? (SDU, por sus siglas en inglés)
☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

DO YOU BELIEVE THAT YOU ARE OWED PAST DUE CHILD SUPPORT? (REGARDING THE ABOVE ORDER) ¿CREE QUE SE LE DEBEN PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES? (CON RESPECTO A LA ORDEN ANTERIOR) ☐ **YES /** SÍ ☐ **NO /** NO

DATE OF THE LAST PAYMENT YOU RECEIVED / FECHA EN QUE RECIBIÓ EL ÚLTIMO PAGO: _____

IF YOU ANSWERED "YES" TO LAST QUESTION, COMPLETE SECTION E -- "DIRECT PAY AFFIDAVIT"
SI CONTESTÓ "SÍ" A LA ÚLTIMA PREGUNTA, COMPLETE LA SECCIÓN E – "DECLARACIÓN DE PAGOS DIRECTOS"

DOWNLOADED FROM WEBSITE

SECTION B – NON CUSTODIAL PARENT (NCP) INFORMATION
SECCIÓN B – INFORMACIÓN DEL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL (NCP)

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. RECUERDE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
*** IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT "UNKNOWN" IN THE BOX.**
* SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

NCP NAME: NOMBRE DEL NCP	NCP SSN#: # DE SEGURO SOCIAL DEL NCP	☐ **MALE** / HOMBRE ☐ **FEMALE** / MUJER
NCP ALIAS: OTROS NOMBRES DEL NCP:	**DOB:** FECHA DE NACIMIENTO	
BIRTHPLACE: LUGAR DE NACIMIENTO		

WHO DOES THE NCP LIVE WITH? NAME THAT INDIVIDUAL, AND THEIR RELATIONSHIP TO THE NCP. IF NCP LIVES ALONE CHECK BOX. / ¿CON QUIÉN VIVE EL NCP? NOMBRE DE ESA PERSONA Y EL PARENTESCO QUE TIENE CON EL NCP. SI EL NCP VIVE SOLO(A) MARQUE LA CASILLA ☐ **NCP LIVES ALONE** / EL NCP VIVE SOLO(A) ☐ **UNKNOWN** / NO SE SABE

NAME / NOMBRE: _____

RELATIONSHIP / PARENTESCO: _____

NCP ADDRESS:
DOMICILIO DEL NCP

STREET / *CALLE*

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

IS THIS ADDRESS CURRENT? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO ¿ES ESTE EL DOMICILIO ACTUAL?	**IS THIS A LAST KNOWN ADDRESS?** ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO ¿ES ESTE EL ÚLTIMO DOMICILIO CONOCIDO?
MAILING ADDRESS: (IF DIFFERENT THAN ABOVE) DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)	
HOME PHONE: TELÉFONO EN EL HOGAR	**CELL PHONE:** TELÉFONO CELULAR
NCP CURRENT MARITAL STATUS: ESTADO MARITAL ACTUAL DEL NCP	**NAME OF SPOUSE:** NOMBRE DEL CÓNYUGE
EMAIL: CORREO ELECTRÓNICO	

HAIR COLOR: COLOR DEL CABELLO	**EYE COLOR:** COLOR DE OJOS	**HEIGHT:** ALTURA:	**WEIGHT:** PESO:

NCP ETHNICITY: ÉTNIA DEL NCP	**PRIMARY LANGUAGE:** IDIOMA NATAL:
PHYSICAL MARKINGS: SEÑALES FÍSICAS	
DRIVER'S LICENSE STATE: ESTADO QUE EMITIÓ LA LICENCIA DE CONDUCIR	**LICENSE #** # DE LICENCIA:
VEHICLE INFORMATION: *(MAKE, MODEL, COLOR/YEAR)* INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO *(MARCA, MODELO, COLOR/AÑO)*	
VEHICLE REGISTRATION STATE: ESTADO EN DONDE ESTÁ MATRICULADO EL VEHÍCULO	**VEHICLE REGISTRATION #** NÚMERO DE MATRÍCULA DEL VEHÍCULO
NCP EMPLOYER: PATRONO DEL NCP	**EMPLOYER PHONE:** NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATRONO
EMPLOYER ADDRESS: DIRECCIÓN DEL PATRONO	

IS THIS EMPLOYER CURRENT, OR IS IT PREVIOUS EMPLOYMENT? ☐ CURRENT EMPLOYMENT /PATRONO ACTUAL ☐ PRIOR EMPLOYMENT / PATRONO ANTERIOR

(DATE(S) OF EMPLOYMENT: / ¿ES ESTE EL PATRONO ACTUAL O EL ANTERIOR? _____)

DOES THE NCP HAVE CURRENT OR PRIOR MILITARY SERVICE? ¿ESTE NCP CUMPLE O A CUMPLIDO SERVICIO MILITAR? ☐ **CURRENT** / ACTUAL ☐ **PRIOR MILITARY** / SERVICIO MILITAR ANTERIOR

IF YES, WHICH BRANCH? / SI ES SÍ, ¿EN QUÉ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS?
☐ **NAVY** / MARINA ☐ **ARMY** / EJÉRCITO ☐ **AIRFORCE** / FUERZA AÉREA ☐ **MARINES** / INFANTE DE MARINA ☐ **COAST GUARD** / GUARDIA COSTERA

DATE OF SERVICE / FECHA DE SERVICIO: _____

DOWNLOADED FROM WEBSITE

HAS NCP EVER BEEN INCARCERATED? / ¿HA ESTADO EL NCP ENCARCELADO ALGUNA VEZ? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

IF YES, LIST THE DATE(S) OF INCARCERATION. / SI ES SÍ, INDIQUE LA(S) FECHA(S) EN QUE HA ESTADO ENCARCELADO

PRISON NAME/LOCATION: / NOMBRE Y LUGAR DE LA PRISIÓN

_____

DOES THE NCP RECEIVE A PENSION? ¿RECIBE EL NCP UNA PENSIÓN? ☐ YES / SÍ ☐ **NO** / NO	**SOURCE**/FUENTE:	**AMOUNT:** CANTIDAD
		FREQUENCY: FRECUENCIA
DOES THE NCP RECEIVE DISABILITY BENEFITS? ¿RECIBE EL NCP BENEFICIOS POR INCAPACIDAD? ☐ YES / SÍ ☐ **NO** / NO	**SOURCE**/FUENTE:	**AMOUNT:** CANTIDAD
		FREQUENCY: FRECUENCIA
DOES THE NCP RECEIVE A SOCIAL SECURITY BENEFITS? ¿RECIBE EL NCP BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL? ☐ YES / SÍ ☐ **NO** / NO	**SOURCE**/FUENTE:	**AMOUNT:** CANTIDAD
		FREQUENCY: FRECUENCIA
DOES THE NCP RECEIVE ANY OTHER SOURCES OF INCOME/ BENEFITS? ¿TIENE EL NCP ALGUNA OTRA FUENTE DE INGRESO/BENEFICIO? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO	**SOURCE**/FUENTE:	**AMOUNT:** CANTIDAD
		FREQUENCY: FRECUENCIA

DOES THE NCP PROVIDE HEALTH INSURANCE FOR THE CHILD/CHILDREN?
¿PROVEE EL NCP SEGURO MÉDICO PARA EL/LOS NIÑO(S)? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO ☐ **UNKNOWN** / NO SE SABE

REMEMBER TO COMPLETE SECTION D – "MEDICAL INSURANCE INFORMATION"
RECUERDE COMPLETAR LA SECCIÓN D – "INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO"

DOWNLOADED FROM WEBSITE

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

SOLICITUD DE MANUTENCIÓN DE MENORES

SECTION C – CHILD/CHILDREN INFORMATION / SECCIÓN C – INFORMACIÓN DEL NIÑO/LOS NIÑOS

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. RECUERDE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

* **IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT UNKNOWN IN THE BOX.**
* SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA NO SE SABE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

CHILD 1 NAME / NOMBRE DEL PRIMER NIÑO:

first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)	☐ MALE / NIÑO ☐ FEMALE / NIÑA	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL
PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:		

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD: SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)	**WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?** ¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE SPOUSE/FORMER SPOUSE IS THE LEGAL PARENT OF THAT CHILD.
SI UN NIÑO NACE DURANTE EL TIEMPO QUE UNA MUJER ESTÁ CASADA O DENTRO DE LOS 300 DÍAS DE LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO, LA LEY DEL ESTADO DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO / EX CÓNYUGE ES EL PADRE LEGAL DEL PADRE DE ESE NIÑO.

WAS THE MOTHER OF THIS CHILD MARRIED TO ANYONE AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH, OR WAS THE CHILD BORN WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE BY DEATH, ANNULMENT OR DIVORCE?
¿ESTABA LA MADRE DE ESTE NIÑO CASADA CON ALGUIEN EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO, O NACIÓ EL NIÑO DENTRO DE LOS 300 DÍAS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO POR MUERTE, ANULACIÓN O DIVORCIO?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

ONLY, IF YOU ANSWERED YES TO THE ABOVE QUESTION, PROVIDE THE NAME OF THE OTHER PARENT:
SOLO, SI RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE:

DATE & LOCATION OF MARRIAGE AND/OR CIVIL UNION:
FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO Y/O UNIÓN LIBRE

WAS A SPOUSE/FORMER SPOUSE EXCLUDED – BY A COURT ORDER – AS THE FATHER OF THIS CHILD?
¿FUE EL ESPOSO/EXESPOSO EXCLUIDO – POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL – COMO PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A)?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IF YES, NAME THE STATE/LOCATION COURT ORDER WAS ESTABLISHED /
SI ES SÍ, DIGA EL ESTADO/LUGAR EN DONDE SE DICTÓ LA ORDEN JUDICIAL:

IF THE PARENTS WERE NOT MARRIED WHEN THE CHILD WAS BORN PROVIDE THE NAME OF THE ALLEGED PARENT:
SI LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS EN EL MOMENTO EN QUE NACIÓ EL NIÑO, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL SUPUESTO PADRE:

HAS PARENTAGE BEEN ESTABLISHED FOR THIS CHILD BY A COURT ORDER? (PROVIDE A COPY OF THE ORDER) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DE ESTE NIÑO POR UNA ORDEN JUDICIAL? *(PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA ORDEN)*
ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER / ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PARENTAGE" SIGNED AT THE HOSPITAL OR CENTER FOR VITAL RECORDS?
¿FUE UN "RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD" FIRMADO EN EL HOSPITAL O CENTRO DE REGISTROS VITALES?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IF PATERNITY HAS NOT BEEN ESTABLISHED, DURING THE FIRST TWO YEARS OF THE CHILDS LIFE, DID ANY PERSON CONTINUOUSLY LIVE WITH THE CHILD, AND REPRESENT THE CHILD AS HIS/HER OWN?
SI NO SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD, DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA DE LOS NIÑOS, ¿ALGUNA PERSONA VIVIÓ CONTINUAMENTE CON EL NIÑO Y LO REPRESENTÓ COMO PROPIO? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

DOWNLOADED FROM WEBSITE

IS THERE AN EXISTING CHILD SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES PARA ESTE(A) NIÑO(A)?
IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____
EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE: _____

IS THERE AN EXISTING MEDICAL SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? (REFER TO SECTION D – MEDICAL SUPPORT INFORMATION)
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE SEGURO MÉDICO PARA ESTE(A) NIÑO(A)? (REMÍTASE A LA SECCIÓN D – INFORMACIÓN DE AYUDA MÉDICA) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____
EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE: _____

CHILD 2 NAME / NOMBRE DEL SEGUNDO NIÑO:
first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)
_____
PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:
_____

☐ MALE / NIÑO
☐ FEMALE / NIÑA

SOCIAL SECURITY #
DE SEGURO SOCIAL

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD:
SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)

WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?
¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE SPOUSE/FORMER SPOUSE IS THE LEGAL PARENT OF THAT CHILD.

SI UN NIÑO NACE DURANTE EL TIEMPO QUE UNA MUJER ESTÁ CASADA O DENTRO DE LOS 300 DÍAS DE LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO, LA LEY DEL ESTADO DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO / EX CÓNYUGE ES EL PADRE LEGAL DEL PADRE DE ESE NIÑO.

WAS THE MOTHER OF THIS CHILD MARRIED TO ANYONE AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH, OR WAS THE CHILD BORN WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE BY DEATH, ANNULMENT OR DIVORCE?
¿ESTABA LA MADRE DE ESTE NIÑO CASADA CON ALGUIEN EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO, O NACIÓ EL NIÑO DENTRO DE LOS 300 DÍAS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO POR MUERTE, ANULACIÓN O DIVORCIO?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

ONLY, IF YOU ANSWERED YES TO THE ABOVE QUESTION, PROVIDE THE NAME OF THE OTHER PARENT:
SOLO, SI RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE:

DATE & LOCATION OF MARRIAGE AND/OR CIVIL UNION:
FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO Y/O UNIÓN LIBRE

WAS A SPOUSE/FORMER SPOUSE EXCLUDED – BY A COURT ORDER – AS THE FATHER OF THIS CHILD?
¿FUE EL ESPOSO/EXESPOSO EXCLUIDO – POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL – COMO PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A)?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IF YES, NAME THE STATE/LOCATION COURT ORDER WAS ESTABLISHED /
SI ES SÍ, DIGA EL ESTADO/LUGAR EN DONDE SE DICTÓ LA ORDEN JUDICIAL:

IF THE PARENTS WERE NOT MARRIED WHEN THE CHILD WAS BORN PROVIDE THE NAME OF THE ALLEGED PARENT:
SI LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS EN EL MOMENTO EN QUE NACIÓ EL NIÑO, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL SUPUESTO PADRE:

HAS PARENTAGE BEEN ESTABLISHED FOR THIS CHILD BY A COURT ORDER? (PROVIDE A COPY OF THE ORDER) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DE ESTE NIÑO POR UNA ORDEN JUDICIAL? (PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA ORDEN)
ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER / ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PARENTAGE" SIGNED AT THE HOSPITAL OR CENTER FOR VITAL RECORDS?
¿FUE UN "RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD" FIRMADO EN EL HOSPITAL O CENTRO DE REGISTROS VITALES?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

DOWNLOADED FROM WEBSITE

IF PATERNITY HAS NOT BEEN ESTABLISHED, DURING THE FIRST TWO YEARS OF THE CHILDS LIFE, DID ANY PERSON CONTINUOUSLY LIVE WITH THE CHILD, AND REPRESENT THE CHILD AS HIS/HER OWN?
SI NO SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD, DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA DE LOS NIÑOS, ¿ALGUNA PERSONA VIVIÓ CONTINUAMENTE CON EL NIÑO Y LO REPRESENTÓ COMO PROPIO? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IS THERE AN EXISTING CHILD SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES PARA ESTE(A) NIÑO(A)?
IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____

EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE:_____

IS THERE AN EXISTING MEDICAL SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? (REFER TO SECTION D – MEDICAL SUPPORT INFORMATION)
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE SEGURO MÉDICO PARA ESTE(A) NIÑO(A)? (REMÍTASE A LA SECCIÓN D – INFORMACIÓN DE AYUDA MÉDICA) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____

EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE: _____

CHILD 3 NAME / NOMBRE DEL TERCER NIÑO:

first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)		
_____	☐ MALE / NIÑO	
PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:	☐ FEMALE / NIÑA	SOCIAL SECURITY #
_____		# DE SEGURO SOCIAL

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD:	**WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?**
SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)	¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE SPOUSE/FORMER SPOUSE IS THE LEGAL PARENT OF THAT CHILD.

SI UN NIÑO NACE DURANTE EL TIEMPO QUE UNA MUJER ESTÁ CASADA O DENTRO DE LOS 300 DÍAS DE LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO, LA LEY DEL ESTADO DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO / EX CÓNYUGE ES EL PADRE LEGAL DEL PADRE DE ESE NIÑO.

WAS THE MOTHER OF THIS CHILD MARRIED TO ANYONE AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH, OR WAS THE CHILD BORN WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE BY DEATH, ANNULMENT OR DIVORCE?
¿ESTABA LA MADRE DE ESTE NIÑO CASADA CON ALGUIEN EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO, O NACIÓ EL NIÑO DENTRO DE LOS 300 DÍAS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL MATRIMONIO POR MUERTE, ANULACIÓN O DIVORCIO?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

ONLY, IF YOU ANSWERED YES TO THE ABOVE QUESTION, PROVIDE THE NAME OF THE OTHER PARENT:
SOLO, SI RESPONDIÓ SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL OTRO PADRE:

DATE & LOCATION OF MARRIAGE AND/OR CIVIL UNION:
FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO Y/O UNIÓN LIBRE

WAS A SPOUSE/FORMER SPOUSE EXCLUDED – BY A COURT ORDER – AS THE FATHER OF THIS CHILD?
¿FUE EL ESPOSO/EXESPOSO EXCLUIDO – POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL – COMO PADRE DE ESTE(A) NIÑO(A)?
☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
IF YES, NAME THE STATE/LOCATION COURT ORDER WAS ESTABLISHED /SI ES SÍ, DIGA EL ESTADO/LUGAR EN DONDE SE DICTÓ LA ORDEN JUDICIAL:

IF THE PARENTS WERE NOT MARRIED WHEN THE CHILD WAS BORN PROVIDE THE NAME OF THE ALLEGED PARENT:
SI LOS PADRES NO ESTABAN CASADOS EN EL MOMENTO EN QUE NACIÓ EL NIÑO, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL SUPUESTO PADRE:

HAS PARENTAGE BEEN ESTABLISHED FOR THIS CHILD BY A COURT ORDER? (PROVIDE A COPY OF THE ORDER) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DE ESTE NIÑO POR UNA ORDEN JUDICIAL? (PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA ORDEN) **ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER** / ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL

DOWNLOADED FROM WEBSITE

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PARENTAGE" SIGNED AT THE HOSPITAL OR CENTER FOR VITAL RECORDS?
¿FUE UN "RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD" FIRMADO EN EL HOSPITAL O CENTRO DE REGISTROS VITALES?

☐ YES / **SÍ** ☐ NO / **NO**

IF PATERNITY HAS NOT BEEN ESTABLISHED, DURING THE FIRST TWO YEARS OF THE CHILDS LIFE, DID ANY MAN CONTINUOUSLY LIVE WITH THE CHILD, AND REPRESENT THE CHILD AS HIS OWN?
SI NO SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DURANTE LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA DEL NIÑO(A), ¿VIVIÓ UN HOMBRE CONTINUAMENTE CON EL/LA NIÑO(A) Y LE REPRESENTÓ COMO PROPIO? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IS THERE AN EXISTING CHILD SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES PARA ESTE(A) NIÑO(A)?
IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____

EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE:_____.

IS THERE AN EXISTING MEDICAL SUPPORT ORDER FOR THIS CHILD? (REFER TO SECTION D – MEDICAL SUPPORT INFORMATION*)*
¿HAY UNA ORDEN ACTUAL DE SEGURO MÉDICO PARA ESTE(A) NIÑO(A)? (REMÍTASE A LA SECCIÓN D – INFORMACIÓN DE AYUDA MÉDICA) ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IF YES: AMOUNT / SI ES SÍ, CANTIDAD : _____ **PER** / POR:_____

EFFECTIVE DATE / A PARTIR DE: _____

SECTION D: MEDICAL SUPPORT / SECCIÓN D: – AYUDA MÉDICA

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
* **IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT "UNKNOWN" IN THE BOX.**
* SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA NO SE SABE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

DO YOU OR YOUR CHILD/CHILDREN CURRENTLY RECEIVE MEDICAID? / ¿ACTUALMENTE RECIBE(N) USTED O SU(S) NIÑO(S) MEDICAID?
☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

DO YOU HAVE INSURANCE AVAILABLE THAT COVERS THE CHILD/CHILDREN FOR WHOM YOU ARE APPLYING?
¿TIENE SEGURO MÉDICO DISPONIBLE QUE CUBRA AL/LOS NIÑO(S) PARA QUIEN(ES) ESTÁ SOLICITANDO MANUTENCIÓN?
☐ **YES** / *SÍ** ☐ **NO** / NO *** IF YES, PROVIDE THE DETAILS BELOW** / *SI ES SÍ, PROVEA DETALLES A CONTINUACIÓN

NAME OF PERSON PROVIDING HEALTH INSURANCE COVERAGE FOR CHILD/CHILDREN:
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PARA EL/LOS NIÑO(S)

RELATIONSHIP OF ABOVE NAMED TO CHILD/CHILDREN:
PARENTESCO QUE ESTA PERSONA TIENE CON EL/LOS NIÑO(S)

HEALTH INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO:

ADDRESS OF HEALTH INSURANCE COMPANY:
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

POLICY # / # DE PÓLIZA:	**HEALTH INSURANCE COST:** /MONTHLY COSTO DEL SEGURO MÉDICO $ _____ /POR MES

PERSON(S) COVERED:
PERSONA(S) A LA(S) QUE CUBRE

WHEN A SUPPORT ORDER IS ENTERED OR MODIFIED THE STATE OF RHODE ISLAND OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES MUST SEEK TO ENSURE THAT ONE, OR BOTH OF THE PARENTS ARE RESPONSIBLE FOR PROVIDING HEALTH INSURANCE (WHETHER OR NOT IT IS CURRENTLY AVAILABLE) FOR THE CHILD(REN). MEDICAL SUPPORT WILL ONLY BE ENFORCED AGAINST THE PARENT RESPONSIBLE FOR THE COVERAGE, IF THE HEALTH INSURANCE IS DETERMINED TO BE AVAILABLE THROUGH THE EMPLOYER AT A REASONABLE COST. * (*DEFINED AS 5% OR LESS OF THE NCP'S GROSS INCOME.)

EN ESTE CASE SE ORDENA O MODIFICA UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN, LA OFICINA DE RHODE ISLAND DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES DEBE PROCURAR ASEGURAR QUE UNO O AMBOS PROGENITORES SEA(N) RESPONSABLE(S) DE PROVEER SEGURO MÉDICO (SEA QUE EN FORZARÁ EN CONTRA DEL PROGENITOR RESPONSABLE DE LA COBERTURA, SI SE DETERMINA QUE EL SEGURO MÉDICO ESTA DISPONIBLE POR MEDICO DE PATRONO A UN COSTO RAZONABLE* (*QUIERE DECIR SI CONSTITUYE EL 5% MENOS DEL INGRESO BRUTO DEL NCP.)

DOWNLOADED FROM WEBSITE

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

SECTION E: DIRECT PAY AFFIDAVIT

IF ALL OF YOUR CHILD SUPPORT PAYMENTS HAVE COME FROM THE SDU – DO NOT COMPLETE THIS FORM

(ONLY COMPLETE THIS SECTION IF YOU CURRENTLY HAVE A CHILD SUPPORT ORDER, & YOU HAVE RECEIVED DIRECT PAYMENTS FROM THE NCP.) A DIRECT PAYMENT IS DEFINED AS ANY MONEY YOU HAVE RECEIVED DIRECTLY AND WAS NOT PROCESSED THROUGH THE STATE DISBURSEMENT UNIT (SDU)/FAMILY COURT, OR FOR WHICH THE NCP HAS NOT BEEN GIVEN CREDIT.
** ALSO, IT IS REQUIRED YOU PROVIDE A CURRENT COPY OF YOUR COURT ORDER, AS WELL AS COPIES OF ANY PREVIOUS COURT ORDERS FOR SUPPORT.

CP NAME:

NCP NAME:

LIST ANY AGENCY THAT HAS COLLECTED CHILD SUPPORT PAYMENTS ON BEHALF OF YOUR CHILD/CHILDREN:

ADDRESS:

STREET

CITY / STATE / ZIP

PHONE #:

IMPORTANT: HAS THE NCP EVER MADE A SUPPORT PAYMENT DIRECTLY TO YOU PER A COURT ORDER? ☐ **YES** ☐ **NO**
IF YES, LIST ONLY THOSE PAYMENTS MADE DIRECTLY TO YOU FROM THE NCP.
DO NOT, LIST PAYMENTS RECEIVED BY THE STATE DISBURSEMENT UNIT AND/OR AN AGENCY THAT FORWARDED PAYMENTS TO YOU.

THE INFORMATION BELOW IS FOR THE YEAR: _____

AMOUNT OWED		AMOUNT PAID TO ME DIRECTLY		BALANCE	
JAN		JAN		JAN	
FEB		FEB		FEB	
MAR		MAR		MAR	
APR		APR		APR	
MAY		MAY		MAY	
JUN		JUN		JUN	
JUL		JUL		JUL	
AUG		AUG		AUG	
SEP		SEP		SEP	
OCT		OCT		OCT	
NOV		NOV		NOV	
DEC		DEC		DEC	
TOTAL:		**TOTAL:**		**TOTAL:**	

IF PAST DUE SUPPORT IS OWED FOR PRIOR YEARS, PLEASE LOCATE ADDITIONAL "DIRECT PAY AFFIDAVIT" FORMS ON OCSS.RI.GOV. ATTACH THOSE FORMS WITH THIS APPLICATION.

CERTIFICATION OF DIRECT PAYMENT:

I HEREBY CERTIFY THAT THE STATEMENTS I HAVE GIVEN IN THIS DOCUMENT ARE TRUE AND CORRECT. I FURTHER AGREE TO NOTIFY RHODE ISLAND OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES IMMEDIATELY OF ANY CHANGES IN MY ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, INCOME, EXPENSES OR EMPLOYER.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

SWORN AND SUBSCRIBED BEFORE ME THIS _____ DAY OF _____ 20 _____.

NOTARY PUBLIC SIGNATURE: _____ DATE: _____ CERTIFICATE #: _____

FOR OFFICE USE ONLY

CASE ID/DOCKET # _____ DATE: _____

DOWNLOADED FROM WEBSITE

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
SOLICITUD DE MANUTENCIÓN DE MENORES
SECCIÓN E: DECLARACIÓN DE PAGOS DIRECTOS

SI TODOS SUS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES VIENEN DE SDU – NO COMPLETE ESTE FORMULARIO

(SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ACTUALMENTE TIENE UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES Y SI HA RECIBIDO PAGOS DIRECTOS DEL NCP.) UN PAGO DIRECTO SE DEFINE COMO TODO DINERO QUE HAYA RECIBIDO DIRECTAMENTE Y QUE NO HA SIDO PROCESADO POR MEDIO DE LA UNIDAD DE DESEMBOLSOS DEL ESTADO (SDU, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)/POR EL TRIBUNAL DE FAMILIA O POR EL CUAL NO SE LE HA DADO CRÉDITO AL NCP.

** TAMBIÉN, ES REQUISITO QUE USTED PROPORCIONE UNA COPIA ACTUAL DE SU ORDEN JUDICIAL, ASÍ COMO COPIA DE TODAS LAS ÓRDENES JUDICIALES DE MANUTENCIÓN ANTERIORES.

NOMBRE DEL CP:

NOMBRE DEL NCP:

INDIQUE TODAS LAS AGENCIAS QUE HAN RECIBIDO PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES A NOMBRE DE SU(S) HIJO(S):

DIRECCIÓN:

CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DE TELÉFONO:

IMPORTANTE: ¿ALGUNA VEZ EL NCP LE HA HECHO UN PAGO DE MANUTENCIÓN DIRECTAMENTE A CAUSA DE UNA ORDEN JUDICIAL?

☐ SÍ ☐ NO

SI ES SÍ, INDIQUE SOLAMENTE LOS PAGOS QUE EL NCP LE HIZO DIRECTAMENTE A USTED.

NO INDIQUE LOS PAGOS QUE HAYA RECIBIDO YA SEA LA UNIDAD DE DESEMBOLSOS DEL ESTADO Y/O LOS HECHOS A UNA AGENCIA QUE LE HAYA ENVIADO DICHOS PAGOS A USTED.

LA INFORMACIÓN QUE SIGUE A CONTINUACIÓN ES DEL AÑO QUE SE INDICA: _____

CANTIDAD QUE SE DEBE		CANTIDAD QUE SE ME PAGÓ DIRECTAMENTE		SALDO	
ENE		ENE		ENE	
FEB		FEB		FEB	
MAR		MAR		MAR	
ABR		ABR		ABR	
MAYO		MAYO		MAYO	
JUN		JUN		JUN	
JUL		JUL		JUL	
AUGO		AUGO		AUGO	
SEPT		SEPT		SEPT	
OCT		OCT		OCT	
NOV		NOV		NOV	
DIC		DIC		DIC	
TOTAL:		**TOTAL:**		**TOTAL:**	

SI SE LE DEBEN PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES POR AÑOS ANTERIORES, POR FAVOR BUSQUE OTROS FORMULARIOS DE "DECLARACIÓN DE PAGOS DIRECTOS" EN OCSS.RI.GOV ADJÚNTELOS A ESTA SOLICITUD.

CERTIFICACIÓN DE PAGO DIRECTO:

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE HE HECHO EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADERAS Y CORRECTAS. ADEMÁS, ESTOY DE ACUERDO DE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE RHODE ISLAND DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES DE CUALQUIER CAMBIO YA SEA DE DOMICILIO, DE NÚMERO DE TELÉFONO, DE INGRESO, DE GASTOS O DE CAMBIO DE PATRONO.

FIRMA: _____ FECHA: _____

JURADO Y SUSCRITO DELANTE DE MÍ ESTE _____ DÍA DE _____ 20 _____.

FIRMA DEL FEDATARIO: _____ FECHA: _____# DE CERTIFICADO: _____

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL:

CASE ID/DOCKET #: _____ **DATE:** _____

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

SECTION F: CERTIFICATION OF CUSTODIAL PARENT

BY SIGNING THIS DOCUMENT, I AGREE TO THE FOLLOWING:

1. I WILL APPEAR AT ALL PROCEEDINGS/HEARINGS HELD AT THE GARRAHY JUDICIAL COMPLEX, RHODE ISLAND FAMILY COURT, 4TH FLOOR, ONE DORRANCE PLAZA, PROVIDENCE, RI, 02903, OR ANY OF THE OTHER FAMILY COURT LOCATIONS. I UNDERSTAND THAT FAILURE TO APPEAR IN FAMILY COURT FOR SCHEDULED HEARINGS MAY RESULT IN THE DISMISSAL OF THE MOTION/PETITION AND/OR CAUSE SANCTIONS TO BE IMPOSED THAT MAY AFFECT THE RECEIPT OF STATE ASSISTANCE.

2. I AGREE TO ATTEND ALL APPOINTMENTS AT THE OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES.

3. I WILL COOPERATE WITH OCSS BY PROVIDING REQUIRED/REQUESTED DOCUMENTATION.

4. I UNDERSTAND THAT ALL CHILD SUPPORT PAYMENTS MUST PASS THROUGH THE RHODE ISLAND STATE DISBURSEMENT UNIT (SDU) FOR PROPER ACCOUNTING. I UNDERSTAND THAT THE NON-CUSTODIAL PARENT MAY NOT RECEIVE CREDIT FOR PAYMENTS DELIVERED TO ME DIRECTLY AND I WILL REPORT ANY DIRECT PAYMENTS I RECEIVED TO AN OCSS WORKER AND COMPLETE AN AFFIDAVIT OF DIRECT PAY.

5. I UNDERSTAND THAT OCSS WILL UTILIZE ALL AVAILABLE RESOURCES TO RECOUP OR RECOVER PAYMENTS SENT TO ME IN ERROR, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO, WITHHOLDING FUTURE CHILD SUPPORT PAYMENTS IN THE AMOUNT OF 25 PERCENT (25%) OF CHILD SUPPORT PER WEEK, UNTIL IT IS PAID IN FULL.

6. I UNDERSTAND THAT I AM REQUIRED TO NOTIFY OCSS IN WRITING WITHIN TEN (10) DAYS OF ANY OF THE FOLLOWING EVENTS:
   - IF I MOVE OR CHANGE MY ADDRESS.
   - IF THE CUSTODY OF THE CHILD/CHILDREN CHANGES AND I AM NO LONGER THE PRIMARY CUSTODIAL PARENT

7. I AGREE TO HAVE OCSS ACT ON MY BEHALF TO ENTER INTO NEGOTIATIONS WITH THE NON-CUSTODIAL PARENT OR HIS/HER ATTORNEY TO SETTLE ANY CHILD SUPPORT CLAIMS I MAY HAVE. I FURTHER REQUEST OCSS TO FILE ANY NECESSARY LEGAL DOCUMENTS AGAINST THE NON-CUSTODIAL PARENT. ACCORDING THE RHODE ISLAND GENERAL LAWS, A STATE LEGAL COUNSEL THAT HANDLES MY CASE IS DEEMED TO REPRESENT THE STATE AGENCY, (OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES) AND NOT ME INDIVIDUALLY.

8. IF A PRIVATE ATTORNEY IS RETAINED TO REPRESENT ME AT HEARINGS/LEGAL PROCEEDINGS, IT IS CRITICAL THAT THE CSS-1 FORM IS COMPLETED BY RETAINED COUNSEL OR BY ME TO ENTER THE ORDER.

9. I WILL COMPLY WITH OCSS REQUIREMENTS AND ADMINISTRATIVE ENFORCEMENTS TO EFFECTIVELY PROCESS MY CASE, SUCH AS THE FOLLOWING ACTIONS:
   - LOCATION AND ENFORCEMENT OF THE PARENT(S) RESPONSIBLE FOR PROVIDING SUPPORT
   - ESTABLISHMENT OF PATERNITY
   - ESTABLISHMENT OF MEDICAL ORDER
   - ENFORCEMENT OF SUPPORT ORDER
   - ESTABLISHMENT OF CHILD SUPPORT ORDER
   - MODIFICATION OF AN EXISTING ORDER

10. SERVICES WILL BE IMPLEMENTED IN ACCORDANCE WITH MY CASE STATUS. I UNDERSTAND THAT IF FULL SERVICE SERVICES ARE NO LONGER NECESSARY, A WRITTEN REQUEST IS REQUIRED. ANY ACTIVE COURT ORDER CAN ONLY BE STOPPED BY A HEARING BEFORE THE RI FAMILY COURT. ENFORCEMENT ACTION CANNOT BE DECLINED IF I AM RECEIVING RI WORKS, MEDICAID BENEFITS OR IF THERE ARE CHILD SUPPORT ARREARS OWED TO THE STATE.

11. I UNDERSTAND I WILL BE NOTIFIED THAT MY CHILD SUPPORT ORDER ENDS ON THE SYSTEM WHEN MY YOUNGEST CHILD IS EMANCIPATED UNLESS I NOTIFY OCSS OF A LEGAL REASON IT SHOULD NOT END ON THE SYSTEM.

12. NOTICE REGARDING USE OF SOCIAL SECURITY NUMBERS (SSN): FEDERAL CHILD SUPPORT MANDATES [42 USC §666(A) (13)] REQUIRE THE COLLECTION OF SSNS FOR ALL INDIVIDUALS INVOLVED IN PATERNITY AND CHILD SUPPORT

DOWNLOADED FROM WEBSITE

ORDERS. SSNS ARE USED UNDER THE STATE'S CHILD SUPPORT ENFORCEMENT PROGRAM TO LOCATE INDIVIDUALS FOR PURPOSES OF ESTABLISHING PATERNITY AND ESTABLISHING MODIFYING OR ENFORCING SUPPORT OBLIGATIONS.

13. FAILURE TO OBEY OR ABIDE BY THE ABOVE OUTLINED GUIDELINES, MAY RESULT IN A DELAY IN PROCESSING YOUR CASE, PAYMENT DISBURSEMENTS OR DELAYED ACTION REGARDING THE PROCESSING OF YOUR CASE.

14. BY SIGNING THIS CERTIFICATION, I AM DECLARING UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF RHODE ISLAND THAT ALL THE INFORMATION PROVIDED WITHIN THIS APPLICATION, IS TRUE AND CORRECT.

CERTIFICATION BY CUSTODIAL PARENT – DECLARATION

PRINTED APPLICANT NAME	SSN:
APPLICANT SIGNATURE	DATE:

DOWNLOADED FROM WEBSITE

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
SOLICITUD DE MANUTENCIÓN DE MENORES

SECCIÓN F: CERTIFICACIÓN DEL PROGENITOR QUE TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

1. COMPARECERÉ A TODOS LOS PROCEDIMIENTOS/AUDIENCIAS QUE SE LLEVEN A CABO EN EL COMPLEJO JUDICIAL GARRAHY, TRIBUNAL DE FAMILIA, 4O PISO, ONE DORRANCE PLAZA, PROVIDENCE, RI, 02903 Ó EN CUALQUIERA DE LOS OTROS TRIBUNALES DE FAMILIA. ENTIENDO DE QUE SI NO ME PRESENTO A UNA AUDIENCIA PROGRAMADA EN EL TRIBUNAL DE FAMILIA, ESTO PUDIERA DAR LUGAR A QUE SE DESESTIME LA SOLICITUD/PETICIÓN Y/O SE PODRÍAN IMPONER SANCIONES QUE PUDIERAN AFECTAR EL RECIBIR AYUDA ESTATAL.

2. ESTOY DE ACUERDO DE ASISTIR A TODAS LAS CITAS DE LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES. COOPERARÉ CON EL OCSS PROVEYÉNDOLE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA/SOLICITADA.

3. ENTIENDO QUE TODOS LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES DEBEN PASAR PRIMERO POR LA UNIDAD DE DESEMBOLSOS DEL ESTADO (SDU) PARA SU DEBIDA CONTABILIDAD. ENTIENDO QUE EL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL PUDIERA NO RECIBIR CRÉDITO POR PAGOS HECHOS DIRECTAMENTE A MÍ Y QUE YO REPORTARÉ A UN EMPLEADO DE LA OCSS TODO PAGO DIRECTO QUE RECIBA Y COMPLETARÉ UNA DECLARACIÓN DE PAGO DIRECTO.

4. ENTIENDO QUE LA OCSS UTILIZARÁ TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA RECUPERAR O RECOBRAR LOS PAGOS QUE SE ME HAYAN ENVIADO POR ERROR, INCLUIDO PERO SIN LIMITARSE A, EL RETENER FUTUROS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES EN LA CANTIDAD DE UN 25 POR CIENTO (25%) SEMANAL DE LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES, HASTA QUE LA CANTIDAD SE HAYA PAGADO EN SU TOTALIDAD.

5. ENTIENDO QUE SE REQUIERE QUE NOTIFIQUE A LA OCSS POR ESCRITO EN UN LAPSO DE DIEZ (10) DÍAS DE OCURRIR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SI CAMBIA LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL DEL/LOS NIÑO(S) Y YA NO SOY EL PROGENITOR QUE TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL.
- SI ME MUDO O CAMBIO DE DOMICILIO

6. ESTOY DE ACUERDO A QUE LA OCSS ACTÚE EN MI REPRESENTACIÓN PARA ESTABLECER NEGOCIACIONES CON EL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL O CON SU ABOGADO(A) PARA RESOLVER TODA DEMANDA DE MANUTENCIÓN DE MENORES QUE PUDIERA TENER. DE LA MISMA MANERA, SOLICITO QUE LA OCSS PRESENTE TODOS LOS DOCUMENTOS LEGALES NECESARIOS EN CONTRA DEL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL. DE ACUERDO A LAS LEYES GENERALES DE RHODE ISLAND, SE CONSIDERA QUE EL/LA ABOGADO(A) ESTATAL QUE LLEVA MI CASO REPRESENTA A LA AGENCIA ESTATAL, (LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES), Y NO A MÍ DE MANERA INDIVIDUAL.

7. SI SE CONTRATA A UN(A) ABOGADO(A) PRIVADO(A) PARA QUE ME REPRESENTE EN LAS AUDIENCIAS O PROCEDIMIENTOS LEGALES, ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL/LA ABOGADO(A) CONTRATADO(A) COMPLETE EL FORMULARIO CSS-1 O QUE YO MISMA LO COMPLETE PARA QUE LA ORDEN SE EMITA.

8. CUMPLIRÉ CON TODOS LOS REQUISITOS E IMPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DE LA OCSS PARA QUE PROCESE MI CASO EFICAZMENTE, COMO EJEMPLO DE TALES ACCIONES SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES:

- ESTABLECER LA PATERNIDAD
- ESTABLECER LA ORDEN MÉDICA
- HACER CUMPLIR LA ORDEN DEMANUTENCIÓN
- ESTABLECER LA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES
- MODIFICAR TODA ORDEN EXISTENTE
- LOCALIZAR Y HACER CUMPLIR AL/LOS PROGENITOR(ES) RESPONSABLE(S) DE PROVEER MANUTENCIÓN

9. LOS SERVICIOS SE IMPLEMENTARÁN DE ACUERDO A LA SITUACIÓN DE MI CASO. ENTIENDO QUE SI LOS SERVICIOS COMPLETOS YA NO SON NECESARIOS, SE REQUERIRÁ UNA SOLICITUD POR ESCRITO. TODA ORDEN JUDICIAL ACTIVA SOLAMENTE PUEDE DARSE POR CONCLUIDA POR MEDIO DE UNA AUDIENCIA EN EL TRIBUNAL DE FAMILIA DE RI. NO

DOWNLOADED FROM WEBSITE

SE PUEDE RECHAZAR UNA ACCIÓN DE EJECUCIÓN SI ESTOY RECIBIENDO RI WORKS, BENEFICIOS DE MEDICAID O SI HAY PAGOS PENDIENTES DE MANUTENCIÓN DE MENORES QUE SE LE DEBAN AL ESTADO.

10. ENTIENDO QUE SE ME NOTIFICARÁ CUANDO MI ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES TERMINE EN EL SISTEMA DEBIDO A QUE MI HIJO(A) MENOR HA ALCANZADO SU MAYORÍA DE EDAD, A MENOS QUE NOTIFIQUE A LA OCSS DE ALGUNA RAZÓN LEGAL POR LA QUE NO DEBA DARSE POR TERMINADA EN EL SISTEMA.

11. AVISO CON REFERENCIA AL USO DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL (NSS): LA ORDEN FEDERAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES [42 USC §666(A) (13)] ESTABLECE QUE SE OBTENGAN LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE TODAS LAS PERSONAS QUE SON PARTE DE UNA ORDEN DE PATERNIDAD O MANUTENCIÓN DE MENORES. LOS NSS SON UTILIZADOS POR EL ESTADO EN SU PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE MANUTENCIÓN DE MENORES PARA LOCALIZAR A LAS PERSONAS CON EL PROPÓSITO DE ESTABLECER PATERNIDAD Y ESTABLECER OBLIGACIONES PARA MODIFICAR O REFORZAR MANUTENCIÓN.

12. EL NO OBEDECER O ACATAR LAS GUÍAS ANTERIORES PUDIERA RESULTAR EN UN RETRASO EN EL PROCESO DE SU CASO, RETRASO EN EL DESEMBOLSO DE PAGOS O UN RETRASO EN UNA ACCIÓN CON RESPECTO AL PROCESAMIENTO DE SU CASO.

CERTIFICACIÓN DEL PROGENITOR QUE TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL

NOMBRE DEL SOLICITANTE EN LETRA DEL MOLDE	NNS:
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES
FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE / *CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR (FVI)*

SECTION G: FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE (FVI) / SECCIÓN G: CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR (FVI)

THE OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES (OCSS) HAS STRICT RULES ABOUT WHEN OCSS IS PERMITTED TO SHARE YOUR PERSONAL INFORMATION WITH OTHERS. SHARING INFORMATION CAN HELP OCSS MORE EASILY OBTAIN AND ENFORCE YOUR SUPPORT ORDER. FOR EXAMPLE, SHARING INFORMATION ALLOWS OCSS TO MORE EASILY LOCATE NON-CUSTODIAL PARENTS, OBTAIN NEW EMPLOYMENT INFORMATION THAT ALLOWS US TO ISSUE INCOME WITHHOLDING SUPPORT ORDERS AND COLLECT THE FINANCIAL SUPPORT AND MEDICAL INSURANCE THAT HELPS IMPROVE THE QUALITY OF LIFE FOR CHILDREN. OCSS ALSO HAS RULES THAT LIMIT WHAT INFORMATION IS MADE AVAILABLE TO SOMEONE NOT ASSOCIATED WITH THE FEDERAL AND STATE CHILD SUPPORT AGENCIES.

OCSS CAN TAKE EXTRA STEPS TO HELP PROTECT YOUR PERSONAL INFORMATION ON THE CHILD SUPPORT COMPUTER SYSTEM IF A CLAIM OF FAMILY VIOLENCE IS MADE. THAT CLAIM MUST BE BASED ON A HISTORY OF DOMESTIC VIOLENCE BY THE OTHER PARENT IN YOUR CHILD SUPPORT CASE AND THAT THE DISCLOSURE OF YOUR ADDRESS OR OTHER INFORMATION IDENTIFYING YOUR LOCATION COULD BE HARMFUL TO YOU OR THE CHILD/(REN) IN YOUR CARE. OCSS CAN PLACE A "FAMILY VIOLENCE INDICATOR" *(CALLED AN "FVI")* ON YOUR CHILD SUPPORT COMPUTER FILE WHEN A CLAIM OF FAMILY VIOLENCE IS MADE. THE FVI WILL STILL ALLOW OCSS TO TAKE STEPS TO ESTABLISH PATERNITY, SUPPORT OR MEDICAL INSURANCE ORDERS AND TO TAKE NECESSARY ACTIONS.

LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES (OCSS, por sus siglas en inglés) TIENE REGLAS ESTRICTAS RELACIONADAS A CUÁNDO ES QUE A LA OCSS SE LE PERMITE COMPARTIR SU INFORMACIÓN PERSONAL CON OTROS. EL COMPARTIR INFORMACIÓN PUEDE AYUDAR A QUE LA OCSS OBTENGA Y PONGA EN EFECTO MÁS FÁCILMENTE SU ORDEN DE MANUTENCIÓN. POR EJEMPLO: EL COMPARTIR LA INFORMACIÓN PERMITE QUE LA OCSS PUEDA LOCALIZAR MÁS FÁCILMENTE AL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL, LE AYUDA TAMBIÉN A OBTENER NUEVA INFORMACIÓN DE EMPLEO QUE NOS PERMITE EMITIR ORDENES PARA RETENER INGRESOS PARA MANUTENCIÓN Y PARA RECOGER AYUDA FINANCIERA Y DE SEGURO MÉDICO QUE AYUDA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS. LA OCSS TAMBIÉN TIENE REGLAS QUE LIMITAN CUÁL INFORMACIÓN SE PONE A LA DISPOSICIÓN DE ALGUIEN QUE NO ESTÉ ASOCIADO A LAS AGENCIAS FEDERALES Y ESTATALES DE MANUTENCIÓN DE MENORES.

LA OCSS PUEDE TOMAR OTRAS MEDIDAS PARA YUDAR A PROTEGER SU INFORMACIÓN PERSONAL EN EL SISTEMA COMPUTARIZADO DE MANUTENCIÓN DE MENORES SI SE HACE UNA DECLARACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR. DICHA DECLARACIÓN DEBE ESTAR SUSTENTADA POR UN HISTORIAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA POR PARTE DEL OTRO PROGENITOR MENCIONADO EN SU CASO DE MANUTENCIÓN DE MENORES Y QUE LA DIVULGACIÓN DE SU DIRECCIÓN O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE PUDIERA IDENTIFICAR EL LUGAR EN EL QUE USTED SE ENCUENTRA, PUDIERA SER PERJUDICIAL PARA USTED O PARA EL/LOS NIÑO(S) A SU CUIDADO. LA OCSS PUEDE INCLUIR UN **"INDICADOR DE VIOLENCIA FAMILIAR"** (LLAMADO **"FVI"** en inglés) EN SU EXPEDIENTE COMPUTARIZADO DE MANUTENCIÓN DE MENORES CUANDO SE HACE UNA DECLARACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR. AUN CON EL FVI, LA OCSS PODRÁ TOMAR LOS PASOS NECESARIOS PARA ESTABLECER PATERNIDAD, SOLICITAR ÓRDENES DE MANUTENCIÓN O SEGURO MÉDICO Y TOMAR ACCIONES QUE SEAN NECESARIAS.

YOU SHOULD KNOW THE FOLLOWING ABOUT THE FVI / DEBE SABER LO SIGUIENTE CON RESPECTO AL FVI

1. **THE FVI DOES NOT KEEP OCSS FROM TAKING THE NECESSARY ACTIONS TO ESTABLISH PATERNITY, SUPPORT, OR MEDICAL INSURANCE ORDERS.**

   EL FVI NO EVITA QUE LA OCSS TOME LAS ACCIONES NECESARIAS PARA ESTABLECER PATERNIDAD O SOLICITAR ÓRDENES DE MANUTENCIÓN O DE SEGURO MÉDICO.

2. **THE FVI DOES NOT KEEP OCSS FROM ENFORCING COURT ORDERS THROUGH COURT OR ADMINISTRATIVE PROCEDURES.**

   LA FVI NO EVITA QUE LA OCSS PONGA EN EFECTO LAS ÓRDENES JUDICIALES POR MEDIO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS.

3. **THE FVI IS NOT A COURT RESTRAINING ORDER AGAINST THE NON-CUSTODIAL PARENT. THE FVI ONLY PROHIBITS DISCLOSURE OF CERTAIN INFORMATION TO THE NON-CUSTODIAL PARENT THAT IS ON THE OCSS COMPUTER SYSTEM. THE FVI IS NOT A "NO CONTACT" ORDER. IT DOES NOT KEEP ANYONE FROM GETTING INFORMATION ABOUT YOU FROM OTHER SOURCES, INCLUDING RECORDS AT THE FAMILY COURT.**

UNA FVI NO ES UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN DEL TRIBUNAL EN CONTRA DEL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL. LA FVI SOLAMENTE PROHIBE QUE SE DIVULGUE CIERTA INFORMACIÓN AL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL Y QUIEN APARECE EN EL SISTEMA COMPUTARIZADO DE LA OCSS. LA FVI NO ES UNA ORDEN DE "NO CONTACTO". NO EVITA QUE ALGUIEN PUEDA OBTENER INFORMACIÓN SUYA POR MEDIO DE OTRAS FUENTES, INCLUYENDO LOS EXPEDIENTES DEL TRIBUNAL DE FAMILIA.

4. THE FAMILY COURT RECORDS ARE PUBLIC DOCUMENTS AND DO NOT BELONG TO OCSS; THE FAMILY COURT RECORDS CAN BE SEEN BY THE PUBLIC UNLESS THERE IS A COURT ORDER TO SEAL THE FILE.

LOS EXPEDIENTES DEL TRIBUNAL DE FAMILIA SON DOCUMENTOS PÚBLICOS Y NO LE PERTENECEN A LA OCSS; LOS EXPEDIENTES DEL TRIBUNAL DE FAMILIA PUEDEN SER VISTOS POR CUALQUIER PERSONA DEL PÚBLICO A MENOS QUE HAYA UNA ORDEN JUDICIAL PARA SELLAR EL EXPEDIENTE.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE / INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR:

I. IF THERE IS NO HISTORY OF FAMILY VIOLENCE, COMPLETE SECTION A BY CHECKING THE BOX, SIGNING YOUR NAME AND DATING THE FORM.

SI NO HAY ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR, COMPLETE LA SECCIÓN A, MARQUE LA CASILLA, FIRME SU NOMBRE Y FECHE EL FORMULARIO.

II. IF THERE IS A HISTORY OF FAMILY VIOLENCE AND THE NON-CUSTODIAL PARENT (NCP) DOES NOT KNOW YOUR CURRENT ADDRESS AND YOU ARE REQUESTING THAT YOUR INFORMATION BE PROTECTED ON THE OCSS COMPUTER SYSTEM, COMPLETE SECTION B BY CHECKING BOTH THE BOX AND AS MANY ITEMS ON THE LIST THAT APPLY, SIGNING YOUR NAME AND DATING THE FORM.

SI HAY ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR Y EL PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL (NCP) NO SABE EL DOMICILIO ACTUAL SUYO Y USTED ESTÁ SOLICITANDO QUE ESA INFORMACIÓN SEA PROTEGIDA EN EL SISTEMA COMPUTARIZADO DE LA OCSS, ENTONCES COMPLETE LA SECCIÓN B, MARQUE TANTO LA CASILLA COMO TODOS LOS PUNTOS QUE APLICAN DE LA LISTA, FIRME SU NOMBRE Y FECHE EL FORMULARIO.

III. IF THERE IS A HISTORY OF FAMILY VIOLENCE AND THE (NCP) DOES NOT KNOW YOUR CURRENT ADDRESS AND YOU ARE ASKING THAT DOCUMENTS IN THE COURT FILE BE SEALED, YOU MUST COMPLETE SECTION B BY CHECKING BOTH THE BOX AND AS MANY ITEMS ON THE LIST THAT APPLY. COMPLETE THE AFFIDAVIT IN SECTION C, SIGNING YOUR NAME AND DATE THE FORM.

SI HAY ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR Y EL PADRE (NCP) NO SABE EL DOMICILIO ACTUAL SUYO Y USTED ESTÁ SOLICITANDO QUE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL SEAN SELLADOS, ENTONCES COMPLETE LA SECCIÓN B, MARQUE TANTO LA CASILLA COMO TODOS LOS PUNTOS QUE APLICAN DE LA LISTA. COMPLETE LA DECLARACIÓN EN LA SECCIÓN C, FIRME SU NOMBRE Y FECHE EL FORMULARIO.

PLEASE COMPLETE THE FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE, PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY ON THE FOLLOWING PAGE. IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT UNKNOWN IN THE APPROPRIATE BOX.

REMEMBER TO COMPLETE EITHER SECTION A, OR SECTION B OF THE FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE. IF BOTH ARE LEFT BLANK, THE APPLICATION WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE, AND RETURNED TO YOU.

POR FAVOR COMPLETE EL CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR, ESCRIBA CLARAMENTE SUS RESPUESTAS EN LA PÁGINA SIGUIENTE. SI ALGUNA INFORMACIÓN ES DESCONOCIDA, POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" EN LA CASILLA APROPIADA.

RECUERDE COMPLETAR YA SEA LA SECCIÓN A O LA SECCIÓN B DEL CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR. SI AMBOS SE DEJAN EN BLANCO, SE CONSIDERARÁ QUE LA SOLICITUD ESTÁ INCOMPLETA Y LE SERÁ DEVUELTA.

STATE OF RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

SECTION G: FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE / SECCIÓN G: CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR – (CONTINUACIÓN)	
(OFFICE USE ONLY)	**CASE #** _____
YOUR NAME: SU NOMBRE	**SSN:** NSS
OTHER PARTY NAME: EL NOMBRE DE LA OTRA PERSONA	**SSN:** NSS

SECTION A: TO BE COMPLETED WHEN THERE IS NO HISTORY OF FAMILY VIOLENCE
SECCIÓN A: DEBE COMPLETARSE CUANDO NO HAY ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR

[ ] THE DISCLOSURE OF MY ADDRESS OR OTHER INFORMATION IDENTIFYING MY LOCATION IS NOT HARMFUL TO ME OR THE CHILD/ (REN) IN MY CARE. I UNDERSTAND THIS INFORMATION WILL BE MADE AVAILABLE TO THE FEDERAL GOVERNMENT, COURTS, CHILD SUPPORT AGENCIES AND SOMETIMES TO THE OTHER PARENT OF THE CHILD/ (REN) WHEN PERMITTED UNDER FEDERAL AND STATE REGULATIONS.

LA DIVULGACIÓN DE MI DOMICILIO U OTRA INFORMACIÓN QUE IDENTIFICA DÓNDE ME ENCUENTRO NO ES PERJUDICIAL PARA MÍ O PARA EL/LOS NIÑO(S) QUE SE ENCUENTRA(N) BAJO MI CUIDADO. ENTIENDO QIE ESTA INFORMACIÓN SE PONDRÁ A LA DISPOSICIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL, LOS TRIBUNALES, LAS AGENCIAS A CARGO DE CASOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES Y ALGUNAS VECES, AL OTRO PROGENITOR DEL/LOS NIÑO(S) CUANDO LAS REGULACIONES FEDERALES Y ESTATALES LO PERMITAN.

_____	_____
NAME/SIGNATURE / NOMBRE/FIRMA	**DATE** / FECHA

SECTION B: TO BE COMPLETED WHEN THERE IS A CLAIM OF FAMILY VIOLENCE AND YOU ARE ASKING OCSS TO PLACE AN FVI ON YOUR OCSS COMPUTER FILE - TO BLOCK YOUR ADDRESS.
SECCIÓN B: DEBE COMPLETARSE CUANDO HAY UNA DECLARACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR Y USTED ESTÁ SOLICITANDO QUE LA OCSS INCLUYA UN FVI EN EL EXPEDIENTE COMPUTARIZADO DE LA OCSS – PARA BLOQUEAR SU DOMICILIO.

[ ] I HAVE BEEN SUBJECTED TO A HISTORY OF DOMESTIC VIOLENCE BY THE PLAINTIFF / DEFENDANT AND THE DISCLOSURE OF MY ADDRESS OR OTHER INFORMATION IDENTIFYING MY LOCATION COULD BE HARMFUL TO ME OR THE CHILD/ (REN) IN MY CARE. SPECIFICALLY, I HAVE BEEN SUBJECTED TO THE FOLLOWING BY THE PLAINTIFF / DEFENDANT:

ANTERIORMENTE HE SIDO EL SUJETO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA POR PARTE DEL DEMANDANTE/DEMANDADO Y EL DIVULGAR MI DOMICILIO U OTRA INFORMACIÓN QUE IDENTIFICA DÓNDE ME ENCUENTRO PUDIERA SER PERJUDICIAL PARA MÍ O PARA EL/LOS NIÑO(S) BAJO MI CUIDADO. DE MANERA ESPECÍFICA, HE SIDO OBJETO DE LO SIGUIENTE POR PARTE DEL DEMANDANTE/DEMANDADO:

	PHYSICAL ACTS THAT RESULTED IN OR THREATENED TO RESULT IN PHYSICAL INJURY TO ME ACTOS FÍSICOS QUE RESULTARON O QUE AMENAZARON CON RESULTAR EN LESIONES FÍSICAS HACIA MÍ
	SEXUAL ABUSE / ABUSO SEXUAL
	SEXUAL ACTIVITY INVOLVING A DEPENDENT CHILD / ACTIVIDAD SEXUAL INVOLUCRANDO A UN MENOR DEPENDIENTE
	BEING FORCED AS A CARETAKER RELATIVE OF A DEPENDENT CHILD TO ENGAGE IN NON-CONSENSUAL SEXUAL ACTS OR ACTIVITIES / SER OBLIGADA EN MI PAPEL DE PARIENTE QUE BRINDA CUIDADOS A UN MENOR DEPENDIENTE A PARTICIPAR EN ACTOS O ACTIVIDADES SEXUALES NO CONSENSUADAS
	THREATS OF OR ATTEMPTS AT, PHYSICAL OR SEXUAL ABUSE / AMENAZAS DE O ATENTADO DE ABUSO FÍSICO O SEXUAL
	MENTAL ABUSE / ABUSO MENTAL
	NEGLECT OR DEPRIVATION OF MEDICAL CARE / NEGLIGENCIA O QUE SE ME DEPRIVE DE RECIBIR CUIDADOS MÉDICOS

I AM ASKING MY OCSS COMPUTER FILE TO BE MARKED WITH A FAMILY VIOLENCE INDICATOR (FVI) TO BLOCK MY ADDRESS.
ESTOY SOLICITANDO QUE MI EXPEDIENTE COMPUTARIZADO DE LA OCSS SEA MARCADO CON UN INDICADOR DE VIOLENCIA FAMILIAR (FVI) PARA BLOQUEAR MI DOMICILIO.

DOWNLOADED FROM WEBSITE

I UNDERSTAND THAT AN FVI IS NOT A RESTRAINING ORDER AND DOES NOT PREVENT ACCESS TO MY INFORMATION THROUGH THE FAMILY COURT FILE. IF I WISH CERTAIN DOCUMENTS IN THE FAMILY COURT FILE BE SEALED I MUST COMPLETE BOTH SECTION B AND SECTION C OF THIS FORM.

THIS REQUEST FOR NON-DISCLOSURE MAY BE REVIEWED FROM TIME TO TIME BY OCSS AND I MAY BE REQUIRED TO RENEW MY REQUEST. THE REQUEST FOR NON-DISCLOSURE CAN BE REMOVED IF I NOTIFY THE LOCAL CHILD SUPPORT AGENCY TO DO SO IN WRITING AND THE OFFICE THAT MANAGES MY CASE ACKNOWLEDGES IT HAS RECEIVED MY REQUEST. I UNDERSTAND THAT UNDER FEDERAL LAW, AN AUTHORIZED PERSON MAY SUBMIT A WRITTEN REQUEST TO THE COURT THAT HAS JURISDICTION TO MAKE OR ENFORCE CHILD CUSTODY OR VISITATION DETERMINATIONS TO OBTAIN MY INFORMATION. I WILL BE NOTIFIED IN WRITING BY THE CHILD SUPPORT AGENCY IF THE COURT ORDERS THE RELEASE OF INFORMATION ON MY CASE.

ENTIENDO QUE UN **FVI** NO ES UNA ORDEN DE RESTRICCIÓN Y NO EVITARÁ EL ACCESO A MI INFORMACIÓN POR MEDIO DEL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL FAMILIAR. SI DESEO QUE CIERTOS DOCUMENTOS EN EL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL FAMILIAR SEAN SELLADOS, ENTONCES DEBO COMPLETAR **TANTO LA SECCIÓN B COMO LA SECCIÓN C** DE ESTE FORMULARIO.

LA OCSS PUEDE REVISAR ESTA SOLICITUD DE NO DIVULGACIÓN DE CUANDO EN CUANDO Y SE ME PUDIERA PEDIR QUE RENUEVE MI SOLICITUD. LA SOLICITUD DE NO DIVULGACIÓN PUEDE ELIMINARSE SI ASÍLO NOTIFICO POR ESCRITO A LA AGENCIA LOCAL DE MANUTENCIÓN DE MENORES Y SI DICHA OFICINA A CARGO DE MI CASO RECONOCE HABER RECIBIDO MI SOLICITUD. ENTIENDO QUE, DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL, UNA PERSONA AUTORIZADA PUDIERA PRESENTAR UNA SOLICITUD ESCRITA PARA OBTENER MI INFORMACIÓN AL TRIBUNAL QUE TIENE JURISDICCIÓN PARA HACER O REFORZAR LA CUSTODIA DE UN MENOR O PARA DETERMINAR VISITAS. LA AGENCIA DE MANUTENCIÓN DE MENORES ME NOTIFICARÁ POR ESCRITO SI EL TRIBUNAL ORDENA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE MI CASO.

_____

PRINTED NAME / NOMBRE **DATE** / FECHA

_____

SIGNATURE / FIRMA **DATE** / FECHA

SECTION C: AFFIDAVIT REQUESTING THE COURT TO SEAL DOCUMENTS IN THE COURT FILE

SECCIÓN C: DECLARACIÓN PARA SOLICITAR QUE EL TRIBUNAL SELLE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL

IF YOU ARE ASKING THE COURT TO SEAL CERTAIN DOCUMENTS IN THE COURT FILE, YOU MUST COMPLETE BOTH SECTION B ABOVE AND COMPLETE THE AFFIDAVIT IN SECTION C BELOW. OCSS WILL THEN FILE A MOTION TO SEAL DOCUMENTS IN THE COURT FILE. IF SEALED BY THE COURT, YOUR FILE MAY BE ACCESSED BY THE OTHER PARTY IF THE COURT GRANTS PERMISSION.

SI USTED ESTÁ SOLICITANDO QUE EL TRIBUNAL SELLE CIERTOS DOCUMENTOS EN SU EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL, COMPLETE TANTO LA SECCIÓN B ANTERIOR Y COMPLETE LA DECLARACIÓN DE LA SECCIÓN C QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN. LA OCSS ENTONCES PRESENTARÁ UNA SOLICITUD PARA SELLAR DOCUMENTOS EN EL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL. SI ÉSTE ES SELLADO POR EL TRIBUNAL, SU EXPEDIENTE ESTARÁ DISPONIBLE A LA OTRA PARTE SI EL TRIBUNAL LE OTORGA PERMISO.

NOTE: A MOTION TO SEAL DOCUMENTS IN THE COURT FILE CANNOT BE FILED UNLESS YOU COMPLETE THE FOLLOWING AFFIDAVIT. /

NOTA: NO SE PUEDE PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA SELLAR DOCUMENTOS EN EL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL A MENOS QUE PRESENTE LA DECLARACIÓN QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN.

AFFIDAVIT TO REQUEST SEALING OF DOCUMENTS IN THE COURT FILES
DECLARACIÓN PARA SOLICITAR QUE SE SELLEN LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL

PROVIDE DETAILED DOMESTIC VIOLENCE INFORMATION INCLUDING DATES, TIMES, PLACES AND WITNESSES (ATTACH ADDITIONAL PAGES OR COURT ORDERS IF NEEDED.)

PROVEA INFORMACIÓN DETALLADA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, INCLUYA FECHAS, HORAS, LUGARES Y TESTIGOS (SI ES NECEARIO, ADJUNTE MÁS PÁGINAS U ÓRDENES JUDICIALES)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF RHODE ISLAND THAT THE ABOVE STATEMENT IS TRUE AND CORRECT.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE RHODE ISLAND, QUE LA DECLARACIÓN ANTERIOR ES CIERTA Y CORRECTA.

NAME/SIGNATURE / NOMBRE/FIRMA

DATE / FECHA

DOWNLOADED FROM WEBSITE

AUTHORIZATION FOR DIRECT DEPOSIT

For your Child Support payments to be deposited directly in your checking or savings account, please complete the required information and follow the directions provided. We will not be able to set up your direct deposit until this signed authorization form is received by our office.

If you do not return an authorization for direct deposit form, this office will automatically enroll you in the KIDS Card debit card program.

Please note: Your direct deposit will not become active until your account information is entered into our system and it is verified by your bank. This process may take one payment cycle plus 14 days to become finalized.

I understand that by completing this form, I am authorizing The Department of Human Services, Office of Child Support Services, to initiate direct deposit of Child Support to my checking/savings account at the financial institution named below.

CUSTODIAL PARENT NAME: _____

FINANCIAL INSTITUTION NAME: _____

FINANCIAL INSTITUTION ADDRESS: _____

_____

ACCOUNT NUMBER: _____

ACCOUNT TYPE (MARK ONE) **[ ]** CHECKING ACCOUNT

[ ] SAVINGS ACCOUNT

☐ Remember to include a **VOIDED BLANK CHECK** for the account the where the direct deposit is made

OR

☐ A **LETTER FROM YOUR FINANCIAL INSTITUTION** that includes your name, address, bank routing number, and account number. The letter **MUST BE ON BANK LETTERHEAD** and signed by a bank representative. **Your name must appear on the account.** Please do not send a deposit slip.

Mail the signed authorization form to our office: **RI Office of Child Support Services, Accounting Office, 77 Dorrance Street, Providence RI 02903.**

Please be advised: If a payment is incorrectly deposited into your account, the Department of Human Services - Office of Child Support Services will immediately correct the mistake and notify you of the removal of the mis-posted funds from your account.
This authority remains in effect until the Office of Child Support Services has written notification from you of its termination in such time and manner as to give the Office of Child Support Services a reasonable opportunity to act on it.

Signed: _____ Dated: _____

SSN: _____ Phone: _____

DOWNLOADED FROM WEBSITE

AUTORIZACIÒN DE DEPÒSITO DIRECTO

Para que sus pagos de manutención de menores se depositen directamente en su cuenta corriente o de ahorros, complete la información requerida y siga las instrucciones proporcionadas. No podremos configurar su depósito directo hasta que nuestra autorización firmada sea recibida por nuestra oficina.

Si no devuelve un formulario de autorización para depósito directo, esta oficina lo inscribirá automáticamente en el programa de tarjeta de débito KIDS CARD.

Tenga en cuenta que es posible que su depósito directo no se active hasta que la información de su cuenta se ingrese en nuestro sistema y sea verificada por su banco. Este proceso puede demorar un ciclo de pago más 14 días para finalizar.

Entiendo que al completar este formulario, estoy autorizando al Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Servicios de Manutención de los Hijos, a iniciar el depósito directo de la manutención de los hijos en mi cuenta corriente / de ahorros en la institución financiera que se menciona a continuación.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÒN FINANCIERA: _____

DIRECCIÒN DE LA INSTITUCIÒN FINANCIERA: _____

_____

_____

NÙMERO DE CUENTA: _____

TIPO DE CUENTA (MARCAR UNO) **[ ]** CUENTA DE CHEQUES

[ ] CUENTA DE AHORROS

☐ Recuerde adjuntar un **cheque en blanco anulado** para la cuenta en el momento en que se realizará el depósito

O

☐ Una **carta de su institución financiera** con su nombre, dirección, número de ruta bancaria y número de cuenta. La carta debe estar en papel membretado del banco y firmada por un representante del banco. **Tu nombre debe aparecer en la cuenta**. Por favor, no envíe un comprobante de depósito.

Envíe por correo el formulario de autorización firmado a nuestra oficina: **Oficina de Servicios de Manutención de Menores de RI, Oficina de Contabilidad, 77 Dorrance Street, Providence, RI 02903.**

Tenga en cuenta que: si un pago se deposita incorrectamente en su cuenta, el Departamento de Servicios Humanos-Oficina de Servicios de Manutención de Niños corregirá el error de inmediato y le notificará la eliminación de los fondos mal informados de su cuenta.

Esta autoridad permanecerá en vigencia hasta que la Oficina de Servicios de Manutención de Menores reciba una notificación por escrito de su terminación en el momento y los modales para darle a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma: _____ Fecha: _____

NSS#: _____ Tel#: _____

DOWNLOADED FROM WEBSITE

RHODE ISLAND KIDS CARD

ELECTRONIC PAYMENT CARD (EPC) AUTHORIZATION FORM

Please Note: If the custodial parent does not complete and return the Direct Deposit Authorization or the EPC Authorization, you will automatically receive a Kids Card debit card in the mail. You must activate the card to access payments.

Send completed authorization to **RI Office of Child Support Services, Accounting Office, 77 Dorrance Street, Providence RI 02903,** OR Fax to (401) 458-4409. Incomplete Authorizations may be returned to you causing a delay in your request. **PLEASE PRINT CLEARLY IN BLACK OR BLUE INK.** * *Required Fields*.

PERSONAL INFORMATION

Case Number(s): Please include all active Child Support case numbers. If necessary, attach additional paperwork.

_____ _____ _____ _____

***Name:** *(The name that's currently on your Child Support checks)*

Last	First	Middle	Sr., Jr., III, etc.

***Date of Birth:**

***Social Security Number:**

***Current Address:**

STREET

CITY / STATE / ZIP CODE

*** Contact Telephone Number:**

Alternate Telephone Number:

Check this box to give the OCSS permission to leave a detailed message about this application if needed : [ ]

AUTHORIZATION I understand that by signing this authorization all my Child Support payments will be directed to the Kids Card electronic payment card. I certify I am entitled to the payments for the cases listed above. I authorize the Rhode Island Office of Child Support Services (OCSS) to initiate credit entries of my Child Support payments and if necessary, debit entries for transactions made in error, into the EPC account. I understand I will automatically be enrolled in the Kids Card debit card program and my payments will continue to be deposited in this account and this authorization will remain in full force and effect, until the OCSS receives written notification from me of termination or change of account or financial institution at such time and in a manner to provide a reasonable opportunity to act on it. To change the financial institutions, accounts, or the method I receive payments, I will complete and submit a new Direct Deposit Authorization or the EPC Authorization form. By signing this form, I authorize the named financial institution to assist the OCSS in validating the account information provided by me as related to the requirements of this application.

INTERNATIONAL TRANSACTION CERTIFICATION I certify that the entire amount of my direct deposit payment is NOT deposited to a financial institution outside the U.S. (NOTE: If your entire net payment is directed outside the U.S. contact the Rhode Island Office of Child Support Services.)

Signed: _____Dated: _____

Information about any fees that are associated with the Money Network debit card is included in this mailing. You may also view the OCSS website at **https://ocss.ri.gov** for more information.

TARJETA KIDS RHODE ISLAND

OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÒN DE MENORES FORMULARIO DE INSCRIPCIÒN/AUTORIZACIÒN DE DISTRIBUCIÒN ELECTRÒNICA

Envíe la autorización completa a **la Oficina de Servicios de Manutención de Menores de RI, Oficina de Contabilidad, 77 Dorrance Street, Providence, RI 02903**, O FAX (401) 458-4409.

*Campos requeridos. Las Autorizaciones incompletas pueden ser devueltas a usted causando un retraso en su solicitud.

INFORMACION PERSONAL

Nùmero de caso(s) (Incluye todos los nùmeros de casos de manutenciòn de menores activos. (Adjunte documentaciòn adicional si es necesario.)

_____ _____ _____ _____

Entiendo que al firmar esta autorización, todos mis pagos de manutención infantil se enviarán a la tarjeta de débito electrónica de la Tarjeta KIDS.

***Nombre:** (El nombre que està actualmente en sus cheques de manutenciòn de niños)

Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento** (mm/dd/yyyy):_____ /_____/_____ ** Seguro Social#**:_____

***Direcciòn actual** (P.O. Box # / Apt #,) Cuidad, Estado, Codigo Postal, Paìs: _____

_____

***Numero de Contacto** :(_____) _____ Numero alternativo# : (_____)_____

Marque esta casilla para dar permiso a la OCSS para dejar un mensaje detallado sobre esta aplicación si es necesario: **[ ]**

AUTORIZACION: Certifico que tengo derecho a los pagos por los casos mencionados anteriormente. Autorizo a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (OCSS) de Rhode Island a iniciar entradas de crédito de mis pagos de manutención de niños y, si es necesario, entradas de débito para transacciones realizadas en error, en la cuenta de arriba. Entiendo que mis pagos continuarán siendo depositados en esta cuenta y esta autorización se mantendrá en pleno vigor y efecto, hasta que el OCSS reciba una notificación por escrito de mi terminación o cambio de cuenta o institución financiera, en ese momento y de manera que se proporcione una oportunidad razonable para actuar en ello. Para cambiar las instituciones o cuentas financieras, completaré y enviaré un nuevo formulario de Autorización. Firmando aquí, autorizo a la institución financiera designada para que ayude a la OCSS a validar la información de cuenta que proporcioné en relación con los requisitos de esta aplicación.

CERTIFICACIÒN DE TRANSACCIONES INTERNACIONALES

Certifico que el monto total de mi pago de depósito directo NO SE DEBE depositar en una institución financiera fuera de los EE. UU. (NOTA: si el pago neto total SE DIRIGE fuera de los EE. UU., Comuníquese con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores de Rhode Island).

Firma: _____Fecha: _____

Information about fees associated with MoneyNetwork is included in this mailing.
You may also view the OCSS website at **ocss.ri.gov** for more information.
If you have any questions about this form, please contact 1-401-458-4400, or visit the Office of Child Support Services website at: ocss.ri.gov.

DOWNLOADED FROM WEBSITE

TO BE FILED IN CHILD SUPPORT AGENCY CASES ONLY

STATE OF RHODE ISLAND

FAMILY COURT
STATEMENT OF ASSETS
LIABILITIES - INCOME - EXPENSES

NAME: Plaintiff Defendant

CIVIL ACTION - FILE NUMBER: _____

	GROSS	NET
Weekly:	_____	_____
BiWeekly:	_____	_____
Monthly:	_____	_____

GROSS INCOME	Weekly, BiW, Monthly
1. Salary, Wages	
2. Cash	
3. Self Employment, IRS Schedule C	
4. Commissions, Overtime, Bonus	
5. Pensions or Retirement	
6. Social Security / SSI / SSDI	
7. Worker Comp / TDI / Unemployment	
8. Public Assistance	
9. Child Support Received	
10. Dividends & Interest	
11. Rental Income (Receipts less expenses)	
12. Contributions from others to Household	
13. Alimony	
14. Income from other Sources	
15. TOTAL GROSS INCOME:	

TAXES AND INCOME DEDUCTIONS	
1. Federal Income Tax	
2. Self Employment Tax (IRS form SE)	
3. State Income Tax	
4. Social Security - HI	
5. Social Security - OASDI	
6. State Disability (TDI)	
7. Medical Ins. Premiums	
8. Employer Sponsored Retirement	
9. Garnishment	
10. Union Dues	
11. Other Deductions	
12. TOTAL DEDUCTIONS:	$
13. NET INCOME: (Total Gross Income Less Deductions)	

MEDICAL INSURANCE: (circle one) Family Plan? Yes No Plan Name: _____
DENTAL INSURANCE: (circle one) Yes No Plan Name: _____

Does RiteCare, RiteShare, or Medicaid provide insurance for any child in this case? (circle one) Yes No

CHILD CARE ASSISTANCE: Does any child in the household receive Child Care Assistance through the State? (circle one) Yes No

PROPERTY UNDER APPLICANT'S CONTROL - Keep Current - Attach Supporting Detail As Needed

	Name of Institution / Property Location / Description	Present Value
A. Cash		
B. Checking Accounts		
C. Savings Accounts		
D. Retirement / 401K		
E. Other Accounts		
F. Stocks / Bonds		
G. Vehicles		
H. Boat / Other Tangible Pers. Prop.		

OTHER PROPERTY	Name of Institution / Property Location	FMV	Loan Bal.	Interest	Equity
A. Real Estate					
B. Life Insurance					
C. Other					

D. TOTAL OF ALL PROPERTY..... : $_____

FORMULARIO SOLO PARA LOS CASOS CON LA AGENCIA DE CHILD SUPPORT

STATE OF RHODE ISLAND

CORTE DE FAMILIA
HISTORIAL DE BIENES
OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

NOMBRE: Demandante Demandado

ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO: _____

	INGRESO	**NETO**
Semanal:		
Quincenal:		
Mensual:		

INGRESO BRUTO	**Semanal, Quincenal, o Mensual**
1. Sueldos, Salarios	
2. Dinero en Efectivo	
3. Autoempleo, Horario de IRS	
4. Comisiones, Horas Extras, Bonos	
5. Pension o Retiro de Jubilación	
6. Seguro Social / SSI / SSDI	
7. Compensación / TDI / Desempleo	
8. Asistencia Pública	
9. Manutención Recibida	
10. Dividendos e Intereses	
11. Ingresos de Alquileres (Recibos de ingresos y gastos en efectivo)	
12. Contribuciones Domesticas	
13. Pension Alimenticia (Alimony)	
14. Ingresos de Otras Fuentes	
15. INGRESO TOTAL:	

IMPUESTOS Y DEDUCIONES DE INGRESO	
1. Impuestos Federales	
2. Impuestos de Autoempleo (IRS formulario SE)	
3. Impuestos Estatales	
4. Seguro Social - HI	
5. Seguro Social - OASDI	
6. Discapacidad Estatal (TDI)	
7. Seguro Medico	
8. Retiro o Pensiones	
9. Embargos	
10. Union y Obligaciones	
11. Otras Deduciones	
12. DEDUCIONES TOTAL:	
13. INGRESO NETO: (Total del Ingreso Bruto Menos las Deduciones)	

SEGURO MEDICO: **(encierre una)** ¿Plan Familiar? Si No Nombre del Plan: _____
SEGURO DENTAL: **(encierre una)** Si No Nombre del Plan: _____

¿Los Programas de RiteCare, RiteShare, o Medicaid proveen seguro medico para algún niño que sea parte de este caso? **(encierre una)** Si No

ASSISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL: ¿Hay algún niño en su hogar que recibe asistencia a través del Estado? **(encierre una)** Si No

PROPIEDADES BAJO EL CONTROL DEL SOLICITANTE - Mantenga Actual - Adjuntar Detalles Según Sea Necesario

	Nombre de la Institución / Propiedad / Ubicación / Descripción	**Valor Actual**
A. Dinero en Efectivo		
B. Cuentas de Cheques		
C. Cuentas de Ahorro		
D. Retiro / 401K		
E. Otras Cuentas		
F. Acciones / Bonos		
G. Vehiculos		
H. Barco / Bote / Bienes Materiales y Corporales		

OTRAS PROPIEDADES	**Nombre de la Institución / Ubicación de la Propiedad**	FMV	Prestamo Bal.	Interes	Equidad
A. Bienes Raíces					
B. Seguro de Vida					
C. Otros					

EL TOTAL DE LAS PROPIEDADES .....: **$** _____

Weekly		Monthly
	1. Groceries	
	2. Heating & Propane	
	3. Electricity	
	4. Telephone / Cell Phone	
	5. Cable / Internet	
	6. Clothing & Laundry	
	7. Uninsured Medical, Medicines, Dental	
	8. Personal Needs & Spending Money	
	9. Cigarettes	
	10. Car Insurance, Registration	
	11. Gas / Auto Maintenance	
	12. Traveling / Commuting Expenses	
	13. Life Insurance	
	14. Health Ins. Premium not through employer	
	15. Court Fines, Costs	
	16. Work Related Child Care	
	17. Child Support Order (this case)	
	18. Child Support Order (any other case)	
	19. Cash Medical Order	
	20. Arrears Order for Support	
	21. Alimony Orders Paid	
	Housing	
	22. Rent	
	23. Mortgage	
	24. Property Taxes not included in mortgage	
	25. Home / Renter Insurance	
	26. Sewer / Water / Upkeep	
	27.	
	Loans & Obligations	
	28. Auto Loan: Balance	
	29. Credit Card: Balance	
	30. Other Loan: Balance	
	Miscellaneous	
	31. Retirement / 401K not deducted from wages	
	32. Savings	
	33. Other	
	34. Weekly Total Lines 1-33 Monthly	$
	35. Weekly Total from Line 34	$
	36. Monthly Total divided by 4.3	$
	37. TOTAL EXPENSES WEEKLY (add lines 35 & 36)	**$**

Under penalty of perjury, I hereby swear the Statements contained in this Statement of Assets, Liabilities, Income & Expenses and any attachments are true and correct. Check if any schedule is attached.

Print Name:_____ Signature of Party:_____

Sworn to me before this_____day of_____, 20____.

Notary Public Print Name:_____Signature:_____

Notary Public for the State of:_____Commission Expires: _____

Form of ID: State___Gov't_____Driver's Lic._____Passport_____Personally Known ___Other _____

OBLIGACIONES - GASTOS: Enumere sólo UNA VEZ en una columna

Semanal		Mensual
	1. Gastos de Comida (Supermercado)	
	2. Calefación y Propano	
	3. Electricidad	
	4. Telefono / Celular	
	5. Cable / Internet	
	6. Ropa / Lavanderia	
	7. Sin Seguro Medico, Medicinas, Dental	
	8. Necesidades Personales & Dinero para Gastar	
	9. Cigarrillos	
	10. Seguro de Carro / Registración	
	11. Gasolina / Mantenimiento de Carro	
	12. Gastos de Viajes y Trayectos	
	13. Seguro de Vida	
	14. Seguro Medico no proveido por el Empleador	
	15. Multas y Costos Judiciales	
	16. Cuidado de Niños	
	17. Orden de Manutención (este caso)	
	18. Orden de Manutención (otros casos)	
	19. Orden de Seguro Medico	
	20. Orden de Intereses (atrasos)	
	21. Orden de Pension Alimenticia (Alimony)	
	Vivienda	
	22. Renta	
	23. Hipotica (Mortgage)	
	24. Impuestos de las Propiedades no Incluidas en la Hipotica	
	25. Seguro de Casa o de Inquilino	
	26. Alcantarillado / Agua / Mantenimiento	
	27. _____	
	Préstamos y Obligaciones	
	28. Préstamo de Auto: Balance _____	
	29. Targeta de Credito: Balance _____	
	30. Otros Préstamos: Balance _____	
	Misceláneo	
	31. Retiro / 401K no reducida del salario	
	32. Ahorros	
	33. Otros _____	
	34. Lineas Totales Semanal 1-33 Mensual	$_____
	35. Total Semanal de la Linea 34	$_____
	36. Total Mensual Dividido por 4.3	$_____
	37. El Total de los Gastos Semanales **(agregue los gastos de las lineas 35 & 36)**	**$**_____

Bajo pena de perjurio, juro que las declaraciones contenidas en este Historial de Bienes, Obligaciones, Ingresos y Gastos, y los archivos adjuntos son verdaderos y correctos. Verifique si algún ahorario esta adjunto.

Nombre:_____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mi_____ dia de_____, 20___.

Nombre del Notario Publico:_____ Firma: _____

Notario Publica del Estado de:_____ Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado:____ Gov't:____ Licencia de Conducir: ____ Passaporte: ____ Personalmente Conocido: ____ Otro: ____

STATE OF RHODE ISLAND

FAMILY COURT
STATEMENT OF ASSETS
LIABILITIES – INCOME -EXPENSES

SCHEDULE

NAME:_____

Plaintiff Defendant

CIVIL ACTION - FILE NUMBER: _____

Additional details concerning Income:

_____

_____

_____

Additional details concerning Taxes and Income Deductions:

_____

_____

_____

Additional details concerning Property under Applicant's Control:

_____

_____

_____

Additional comments:

_____

_____

_____

Date:_____Signature of Party: _____

Sworn to me before this_____day of_____, 20____.

Notary Name: _____

State of:_____

Notary Signature:_____

My Commission Expires: _____

Form of ID: State_____ Gov't _____ Driver's Lic. _____ Passport _____ Personally Known ___ Other _____

STATE OF RHODE ISLAND

CORTE DE FAMILIA
HISTORIAL DE BIENES
OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

PROGRAMA

NOMBRE: _____

Demandante Demandado

ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO: _____

Detalles adicionales sobre los Ingresos:

_____

_____

_____

Detalles adicionales sobre los Impuestos y las Deducciones de Ingresos:

_____

_____

_____

Detalles adicionales sobre Propiedades bajo el Control del Solicitante:

_____

_____

_____

Comentarios adicionales:

_____

_____

_____

Fecha: _____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mi _____ dia de _____, 20___.

Nombre del Notario: _____

Estado de: _____

Firma del Notario: _____

Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado: _____ Gov't: _____ Licencia de Conducir: _____ Passaporte: _____ Personalmente Conocido: _____ Otro: _____