

RHODE ISLAND DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES  
77 DORRANCE STREET  
PROVIDENCE, RI 02903-2288  
(401) 458-4400 • <https://ocss.ri.gov/>



---

## REFUSAL OF FULL SERVICES / REQUEST FOR GOOD CAUSE FORM

---

Dear \_\_\_\_\_

Your case has been referred to the Office of Child Support Services (OCSS) because you are receiving medical assistance benefits from Rhode Island's State Medicaid assistance program and you must cooperate in establishing a medical order unless there is good cause for non-cooperation.

### **GOOD CAUSE**

A case with the **Good Cause** service level means that the custodial parent (you) cannot cooperate with the OCSS because you believe that pursuing the non-custodial parent for a medical support and/or a child support order would be unsafe for you and/or for your children due to a domestic violence issue.

**CHECK HERE IF YOU ARE ALLEGING GOOD CAUSE**

### **FULL SERVICE**

A case with a service level of **Full Service** means that the OCSS will determine who the legal father of the child is, establish a court order for child support and medical support; and enforce that order. This office will provide Full Services, unless the attached form is completed and returned within the **10 (ten) day** timeframe stating that you **DO NOT** wish to be a full-service case.

**CHECK HERE IF YOU WOULD LIKE FULL SERVICES**

### **MEDICAL SERVICES ONLY**

A case with a **Medical Service Only** service level means that at least one child in your household receives state Medicaid benefits, and the custodial parent(you) does not want the OCSS to establish or enforce the child support portion of the court order. The OCSS will collect and enforce the medical part of the court order only. The OCSS will establish a medical support order if no order exists. Once established, the medical portion of the court order is required to be paid through the family court collection unit (Rhode Island State Disbursement Unit).

**CHECK HERE IF YOU WOULD LIKE MEDICAL SERVICE ONLY**

I understand that if I do not return this form to the **Office of Child Support Services, 77 Dorrance Street, Providence, RI 02903** within the **10 (ten) day timeframe**, your case will become a **Full-Service** case.

Signed: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

---

## RECHAZO DE SERVICIOS COMPLETOS/ SOLICITUD DE BUENA CAUSA

---

QUERIDO \_\_\_\_\_

Su caso ha sido remitido a la Oficina de Servicios de Manutención Infantil (OCSS) porque está recibiendo beneficios de asistencia médica del programa estatal de asistencia de Medicaid de Rhode Island y debo cooperar para establecer una orden médica a menos que exista una buena causa para no cooperar.

### **BUENA CAUSA**

Un caso con el nivel de servicio de Buena Causa significa que el padre con custodia (usted) no puede cooperar con el OCSS porque cree que perseguir al padre sin custodia para un apoyo médico y / o una orden de manutención infantil no sería seguro para usted y / o Para sus hijos debido a un problema de violencia doméstica.

**REVISE AQUÍ SI ESTÁ DESTACANDO BUENA CAUSA**

Un caso con un nivel de servicio de servicio completo significa que el OCSS determinará quién es el padre legal del niño, establecerá una orden judicial para la manutención de los hijos y la manutención médica; y hacer cumplir esa orden. Esta oficina proporcionará Servicios completos, a menos que el formulario adjunto se complete y devuelva dentro del plazo de **10 (diez) días** que indica que **NO desea** ser un caso de servicio completo.

**VERIFIQUE AQUÍ SI TE GUSTARÍA SERVICIOS COMPLETOS**

### **SOLO SERVICIOS MÉDICOS**

Un caso con un nivel de servicio "**Sólo para Servicios Médicos**" significa que al menos un niño en su hogar recibe los beneficios de asistencia médica del estado, y el padre con custodia no quiere que los Servicios de OCSS establezcan o hagan cumplir la parte de manutención de los hijos de la orden judicial. El OCSS solo cobrará y hará cumplir la parte médica de la orden judicial. OCSS establecerá una orden de asistencia médica si no existe una orden. Una vez establecida, la parte médica de la orden judicial debe pagarse a través de la unidad de cobro del tribunal familiar (Unidad de Desembolso del Estado de Rhode Island).

**VERIFIQUE AQUÍ SI TE GUSTARÍA SOLO SERVICIOS MÉDICOS**

Entiendo que, si no devuelvo este formulario a **la Oficina de Servicios de Manutención de Menores**, 77 Dorrance Street Providence, RI 02903 dentro de un plazo de **10 (diez) días**, su caso se convertirá en un caso de **Servicio Completo**.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_