

SOLICITUD DE COMPROMISO – REUNIFICACIÓN FAMILIAR

DCSS 0027 – Spanish (05/17/07)

**POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO AL
DOMICILIO QUE FIGURA MÁS ABAJO:****INGRESE AQUÍ EL DOMICILIO DE LA AGENCIA
LOCAL DE SUSTENTO AL NIÑO (LCSA)**NOMBRE DEL CONDADO DONDE ESTÁ UBICADO
SU CASO DE SUSTENTO AL NIÑO

NOMBRE DEL CONDADO

NÚMERO DE CASO

NÚMERO DE CASO

PARTE I: INFORMACIÓN ACERCA DE USTED Y DE SU(S) HIJO(S)

1. SU NOMBRE		3. SU NÚMERO DE TELÉFONO () -	
2. SU DOMICILIO		4. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - -	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. NÚMERO DE CASO LCSA
		-	
6. NOMBRE DEL NIÑO POR EL CUAL SE DEVENGARON OBLIGACIONES PENDIENTES NIÑO A.		DOMICILIO DONDE VIVE ACTUALMENTE EL NIÑO	
NOMBRE RELACIÓN CON EL NIÑO: (POR FAVOR MARQUE UNA)NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO - -			
		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	
NOMBRE DEL NIÑO POR EL CUAL SE DEVENGARON OBLIGACIONES PENDIENTES NIÑO B.		DOMICILIO DONDE VIVE ACTUALMENTE EL NIÑO	
NOMBRE RELACIÓN CON EL NIÑO: (POR FAVOR MARQUE UNA) <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	PERÍODO DURANTE EL CUAL EL NIÑO ESTUVO FUERA DEL HOGAR Desde: Hasta: ____/____/____ ____/____/____ /____.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO - -	
NOMBRE DEL NIÑO POR EL CUAL SE DEVENGARON OBLIGACIONES PENDIENTES NIÑO C.		DOMICILIO DONDE VIVE ACTUALMENTE EL NIÑO	
NOMBRE RELACIÓN CON EL NIÑO: (POR FAVOR MARQUE UNA) <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	PERÍODO DURANTE EL CUAL EL NIÑO ESTUVO FUERA DEL HOGAR Desde: Hasta: ____/____/____ ____/____/____ /____.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO - -	
NOMBRE DEL NIÑO POR EL CUAL SE DEVENGARON OBLIGACIONES PENDIENTES NIÑO D.		DOMICILIO DONDE VIVE ACTUALMENTE EL NIÑO	
NOMBRE RELACIÓN CON EL NIÑO: (POR FAVOR MARQUE UNA) <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo	PERÍODO DURANTE EL CUAL EL NIÑO ESTUVO FUERA DEL HOGAR Desde: Hasta: ____/____/____ ____/____/____ /____.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO - -	

SOLICITUD DE COMPROMISO – REUNIFICACIÓN FAMILIAR

DCSS 0027 – Spanish (05/17/07)

7 MARQUE MÁS ABAJO DÓNDE ESTABA(N) VIVIENDO SU(S) HIJO(S) DURANTE EL TIEMPO EN QUE SU(S) HIJO(S) ESTABA(N) FUERA DE SU HOGAR.

- A. Atención de Crianza: ☐ SÍ ☐ (NO De ser "así", ¿fue/fueron el/los niño(s) colocado(s) en Familia de Crianza por la Corte Juvenil? (Sección 300 del Código de Bienestar Social e Instituciones) ☐ SÍ ☐ NO
- B. ¿Con el tutor o pariente que proporciona cuidados que obtuvo CalWORKs para el/los niño(s)?..... ☐ SÍ ☐ NO
De ser así, ¿con quién? _____ Relación con el/los niño(s): _____
- C. ¿Con el tutor o pariente que proporciona cuidados que obtuvo KinGap para el/los niño(s)?..... ☐ SÍ ☐ NO
De ser así, ¿con quién? _____ Relación con el/los niño(s): _____

8. ¿Está(n) su(s) hijo(s) viviendo actualmente con usted durante al menos el 50% del tiempo?..... ☐ SÍ ☐ NO9. ¿Vivió/vivieron con usted el/los niño(s) antes de ser colocados con el tutor, en familia de crianza o pariente que proporciona cuidados?..... ☐ SÍ ☐ NO**PARTE II: INGRESOS Y GASTOS**1. ¿Existe alguna otra persona que le esté ayudando a proporcionar sustento para su(s) hijo(s)?..... ☐ SÍ ☐ NO

De SER ASÍ, ¿quién le está ayudando y con qué monto?

QUIÉN: _____ CUÁNTO: \$ _____

QUIÉN: _____ CUÁNTO: \$ _____

2. Usted debe completar el/los formulario(s) adjunto(s) de la corte los cuales proporcionan información acerca de sus ingresos y gastos.

3. ¿Posee usted cualquier otro gasto que no esté identificado en los formularios adjuntos de ingresos y gastos?..... ☐ SÍ ☐ NO

De SER ASÍ, POR favor explique: _____

PARTE III: ADVERSIDAD1. ¿Cree usted que el compromiso de obligaciones pendientes que está siendo solicitado es necesario para que usted pueda proporcionar sustento a su(s) hijo(s) mencionado(s) en esta solicitud?..... ☐ SÍ ☐ NO**DECLARACIÓN:*****Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que lo anterior y la información adjunta es verdadera y correcta.***

Nombre en Letra de Imprenta:

:

Firma:

Fecha:

Declaración de Privacidad

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California Sección 1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Ley Pública 93-579) exigen que sea proporcionado este aviso cuando se recolecta información personal de los individuos. La información solicitada en este formulario, incluyendo su Número de Seguro Social, es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño (DCSS) para los fines de identificación y comunicación con usted. Se le exige al DCSS, bajo la Sección 466 (a)(13) de la Ley de Seguro Social, que obtenga el Número de Seguro Social de cualquier individuo que esté sujeto a una sentencia de divorcio, a una orden de sustento, o a una determinación o reconocimiento de paternidad.

La información del Número de Seguro Social es obligatoria y será conservada en archivo en la agencia local de sustento al niño para ubicar e identificar a las personas y a los bienes para los fines de establecer, modificar, y hacer cumplir las obligaciones de sustento al niño. La inscripción de un niño en el seguro de salud puede requerir que se dé a conocer el Número de Seguro Social y el domicilio de correo del niño al empleador del otro padre o que se dé a conocer el Número de Seguro Social del niño al otro padre.

La información en su caso puede ser discutida con, o proporcionada al Estado u otras agencias públicas que pueden recibir legalmente dicha información, y al otro padre o su abogado en la medida requerida por la ley.

Imprimir Formulario