

Union CSEA del Condado
 940 London Ave.
 PO Box 389
 Marysville, OH 43040

Número de teléfono: 937-644-1010
 Número gratuito: 800-248-2347
 Número de fax: 937-644-8700
 Sitio web de la CSEA: www.co.union.oh.us/child-support

Número de caso: _____ Fecha: _____
 Orden Número: _____ Deudor de Manutención Infantil: _____
 Acreedor de Manutención Infantil: _____

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio
DECLARACIÓN JURADA FINANCIERA DE MANUTENCIÓN INFANTIL

La información solicitada a continuación es necesaria para que la CSEA calcule con precisión el monto que se pagará por manutención infantil y determine los costos para satisfacer las necesidades de atención médica de los niños entre los padres. Complete claramente cada campo aplicable, brindando la mayor cantidad de información que pueda, incluyendo cualquier información parcial. Proporcione copias de cualquier información solicitada. Si necesita espacio adicional para brindar respuestas completas, adjunte páginas adicionales.

A. SU INFORMACIÓN			
Apellido	Nombre	Inicial del 2.º Nombre	
Dirección Residencial		Apartamento/Unidad No.	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección Postal		Apartamento/Unidad No.	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Correo Electrónico	
Teléfono Particular	Teléfono Celular	Otro(s) Teléfono(s)	
B. NUMERE LOS HIJOS MENORES DE ESTA ORDEN			
Menor 1	Número de Seguro Social	FECHA de NAC.	¿Este niño reside principalmente con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Menor 2	Número de Seguro Social	FECHA de NAC.	¿Este niño reside principalmente con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Menor 3	Número de Seguro Social	FECHA de NAC.	¿Este niño reside principalmente con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Menor 4	Número de Seguro Social	FECHA de NAC.	¿Este niño reside principalmente con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C. GASTOS DE CUIDADO INFANTIL PARA LOS NIÑOS DE ESTA ORDEN			
¿Usted paga el cuidado de los menores de este orden para poder ir a trabajar o realizar actividades de capacitación laboral? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/anualmente		
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/anualmente		
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/anualmente		
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/anualmente		

Si respondió que sí, debe adjuntar comprobantes de pago en forma de recibos, cheques cancelados o declaración notariada del proveedor de cuidado infantil.

D. PRESTACIONES DE SEGURO SOCIAL PARA LOS MENORES DE ESTA ORDEN			
¿Alguno de los menores de esta orden recibe prestaciones del Seguro Social por discapacidad de alguno de los padres? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/mes	Por <input type="checkbox"/> Mi discapacidad	O <input type="checkbox"/> Del otro progenitor
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/mes	Por <input type="checkbox"/> Mi discapacidad	O <input type="checkbox"/> Del otro progenitor
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/mes	Por <input type="checkbox"/> Mi discapacidad	O <input type="checkbox"/> Del otro progenitor
Nombre del menor: _____	Monto \$ _____/mes	Por <input type="checkbox"/> Mi discapacidad	O <input type="checkbox"/> Del otro progenitor

Si completó esta sección, debe adjuntar una prueba (es decir, una carta de adjudicación) de la frecuencia y el monto de las prestaciones mensuales.

E. ¿TIENE OTROS HIJOS MENORES NATURALES O ADOPTADOS NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Nombre	FECHA de NAC.	¿Este niño vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Caso No. _____ Condado/Estado _____
Nombre	FECHA de NAC.	¿Este niño vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Caso No. _____ Condado/Estado _____
Nombre	FECHA de NAC.	¿Este niño vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Caso No. _____ Condado/Estado _____
Nombre	FECHA de NAC.	¿Este niño vive con usted? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Caso No. _____ Condado/Estado _____

Si completó esta sección, debe adjuntar copias de los certificados de nacimiento, las órdenes de adopción y/o copias de las órdenes.

F. MANUTENCIÓN CONYUGAL	
¿Recibe manutención conyugal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Recibo \$ _____/mes Condado/Estado _____
¿Paga manutención conyugal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Pago \$ _____/mes Condado/Estado _____

G. MILITARES Adjunte una copia de su Declaración de Licencia e Ingresos (LES)	
¿Recibe algún pago del ejército? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Básico \$ _____/mes.	BAS \$ _____/mo. BAH/Q \$ _____/mo. Otro pago militar \$ _____/mes.
Rango _____	Área _____ Años de servicio _____
Estatus militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro	

H. INFORMACIÓN LABORAL	
¿Tiene un empleo? <input type="checkbox"/> SÍ En ese caso, ¿cuándo comenzó a trabajar? _____ <input type="checkbox"/> NO	
En ese caso, vaya a la sección I. Historial de trabajo	
Empleador 1	Dirección <i>(Dirección de nómina, si es diferente)</i> Teléfono
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Por temporada	Cheques de pago recibidos <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Salario \$ _____/por mes <input type="checkbox"/> Por hora \$ _____/por hr	Horas trabajadas por semana _____
<input type="checkbox"/> Horas extras \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____ 3 años atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Pagos extras \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____ 3 años atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Comisiones \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____ 3 años atrás \$ _____
¿Tiene un segundo empleo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Empleador 2	Dirección <i>(Dirección de nómina, si es diferente)</i> Teléfono
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Por temporada	Cheques de pago recibidos <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada dos meses <input type="checkbox"/> Otro _____

<input type="checkbox"/> Salario \$ _____/por mes	<input type="checkbox"/> Por hora \$ _____/por hr	Horas trabajadas por semana _____
<input type="checkbox"/> Horas extras \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____	3 años atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Pagos extras \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____	3 años atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Comisiones \$ _____ Año pasado \$ _____	2 años atrás \$ _____	3 años atrás \$ _____
¿ES EMPLEADO POR CUENTA PROPIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la empresa: _____ Tipo de empresa: _____		Ingresos brutos totales del trabajo por cuenta propia: \$ _____ Gastos comerciales comunes y necesarios: \$ _____
I. ANTECEDENTES LABORALES		
ENUMERE SUS 3 ÚLTIMOS EMPLEADORES:		
Nombre y dirección del empleador _____		Fecha de empleo: _____ hasta _____
Última tarifa de pago \$ _____	Por qué dejó el empleo: _____	
Nombre y dirección del empleador _____		Fecha de empleo: _____ hasta _____
Última tarifa de pago \$ _____	Por qué dejó el empleo: _____	
Nombre y dirección del empleador _____		Fecha de empleo: _____ hasta _____
Última tarifa de pago \$ _____	Por qué dejó el empleo: _____	
Mi ocupación habitual es _____ Último grado de la escuela completado _____		
Título(s), Certificado(s) o Licencia(s) Profesional(es): _____		
¿Tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, proporcione una prueba de discapacidad.		
J. ¿RECIBE FONDOS DE LAS SIGUIENTES FUENTES? Marque todas las que correspondan y adjunte verificación		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de pensiones o cuentas de jubilación (enumere fuentes)		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de los Beneficios por Discapacidad del Seguro Social (SSD)		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de anualidades y/o dividendos y/u otros ingresos de inversión		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de arrendamiento de inmuebles		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de compensación por desempleo		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de Compensación al Trabajador		
<input type="checkbox"/> Recibo \$ _____ por _____ de (enumere los demás ingresos y fuentes)		
¿Tiene una reclamación pendiente de una fuente anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, enumere la fuente: _____		
Si no está empleado y no recibe ninguno de los beneficios anteriores, explique cómo se mantiene.		
K. DEDUCCIONES OBLIGATORIAS Adjunte una copia del formulario de impuestos del año pasado completado		
¿Paga las cuotas sindicales requeridas/uniformes/gastos de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, monto \$ _____ por _____		
L. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro médico		
¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, fecha de inicio de cobertura _____		
¿Este seguro médico está disponible a través del:		
<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Empleador del cónyuge	<input type="checkbox"/> Estado (ej. Medicaid, etc.) <input type="checkbox"/> Otro _____
Los niños tienen cobertura de atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si no, ¿tienen cobertura de seguro médico disponible?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, fecha de inicio de la cobertura _____		
¿Este seguro médico está disponible a través del:		
<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Empleador del cónyuge	<input type="checkbox"/> Estado (ej. Medicaid, etc.) <input type="checkbox"/> Otro _____
Si tiene cobertura o está disponible a través de su cónyuge actual, proporcione la siguiente información sobre su cónyuge:		
Nombre del cónyuge: _____		Número de Seguro Social del cónyuge: _____
Dirección del cónyuge, si es diferente de la suya: _____		Fecha de Nac. del cónyuge: _____

Enumere las personas actualmente cubiertas por el seguro médico disponible:

Nombre _____	Relación _____

Nombre de la compañía de seguro médico o sindicato (*proporcione el número local del sindicato*): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Tipo de seguro (ej. médico, dental, etc.): _____

Nombre de la compañía de seguro médico o sindicato (*proporcione el número local del sindicato*): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Tipo de seguro (ej. médico, dental, etc.): _____

Adjunte una hoja adicional para brindar información sobre cualquier plan de seguro médico adicional que brinde cobertura para el(los) niño(s). **Adjunte copias de todas las tarjetas de seguro médico.**

M. COSTO DEL SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA SI ESTÁ DISPONIBLE, INDEPENDIENTEMENTE DE SI ACTUALMENTE LO PAGA	
Médico	Costo total y real de bolsillo para proporcionar cobertura de atención médica para el(los) niño(s): \$ _____/mes
Seguro dental	Costo total y real de bolsillo para proporcionar cobertura de atención dental para el(los) niño(s): \$ _____/mes
Visión	Costo total y real de bolsillo para proporcionar cobertura de cuidados de la vista para el(los) niño(s): \$ _____/mes

N. DOCUMENTACIÓN APORTADA Y FIRMA

He adjuntado la siguiente documentación (verifique toda la que corresponda):

- W-2, IRS 1099 y los demás formularios y anexos del IRS del año pasado. En caso de ser autónomo, he adjuntado las declaraciones de los tres años anteriores, incluyendo todos los anexos que los acompañan.
- Seis meses de recibos de pago y, si corresponde, los demás registros que demuestran la recepción de cualquier otro salario, sueldo o compensación
- Carta de discapacidad de Compensación de Trabajadores o Seguro Social o una carta de un proveedor de atención médica certificado con mi diagnóstico y una constancia que indica cuánto tiempo no podré trabajar
- Prueba de cualquier otro ingreso no laboral
- Copias de tarjetas de seguro médico
- Prueba de mis gastos de bolsillo para proporcionar seguro de salud para mi(s) hijo(s)
- Prueba de mis gastos de bolsillo para proporcionar cuidado infantil a mi(s) hijo(s) mientras trabajo o realizo actividades de capacitación laboral
- Prueba del monto correspondiente del seguro social recibido por mi hijo debido a mi discapacidad o la del otro progenitor
- Prueba de hijos nacidos o adoptados por mí que no figuran en esta orden (certificado de nacimiento, decreto de adopción)

AVISO: El hecho de no brindar toda la información y documentación necesaria para respaldar mi solicitud podría ocasionar que la agencia solicite al tribunal de la jurisdicción correspondiente del condado en el que se encuentra la agencia que emita una orden que requiera que el padre brinde la información solicitada, o haga suposiciones razonables sobre la información que el padre no proporcionó y proceda a resolver la manutención como si se hubiera proporcionado toda la información solicitada. Además, su empleador podría ser citado, solicitando la presentación de registros con respecto a sus ingresos e información de atención médica. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la CSEA del Condado de <Nombre del condado>.

Por la presente juro o declaro que la información contenida o adjunta es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Firma

Nombre en letras

Fecha