



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACION PARA EL SUSTENTO DE MENORES

Nombre _____

Fecha: ____/____/____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

Por virtud de la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, se crea la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). La ASUME ofrece los siguientes servicios:

- Localización de persona no custodia
- Establecer la paternidad de los hijos e hijas que no han sido reconocidos/as por sus padres
- Establecer la pensión alimentaria (incluyendo cubierta de seguro de salud),
- Modificar o revisar las pensiones alimentarias
- Hacer efectivas las pensiones alimentarias
- Cobrar y distribuir las cantidades depositadas por concepto de pensiones alimentarias
- Representación legal a los menores

Todos los servicios que ofrece la ASUME son gratuitos. La Persona Solicitante tiene derecho a recibir todos los servicios ofrecidos por la ASUME (Agencia IV-D) mientras el caso permanezca activo. Entre los servicios que ofrece la Agencia se incluye la representación legal del/ de la menor durante los procesos de alimentos. De usted tener abogado/a deberá indicarlo al Especialista de Pensiones Alimentarias a cargo de su caso.

Para recibir los servicios antes expuestos, es necesario que cumplimente este documento. Estos servicios se ofrecen para beneficio de los/las menores de veintiún (21) años. La Solicitud de Servicios de Sustento de Menores de una persona incapacitada legalmente debe ser llenada por su tutor/a o la persona custodia.

Toda persona que solicite los servicios de la ASUME deberá proveer su información personal y la de la otra persona indispensable en el proceso de alimentos. La información que provea debe ser exacta, según su mejor conocimiento. Se le requerirá información como nombre, número de seguro social, dirección, nombre del patrono y los documentos necesarios para llevar a cabo el proceso solicitado. Es su responsabilidad mantenernos continuamente informados acerca de cualquier cambio en la información que suministró originalmente.

Documentos requeridos:

- Fotocopia de los Certificados de Nacimiento de los/las menores y de la persona encargada de éstos; en caso de que los menores estén sin reconocer, debe acompañar el original.
- Fotocopia de las tarjetas de Seguro Social de la persona que solicita los servicios y de los/las menores.
- Sentencia de divorcio, si aplica.
- Sentencia, Resolución u Orden estableciendo la pensión alimentaria, si aplica.
- Fotografía de la persona a localizar.

Confidencialidad:

La información que utilice la ASUME es confidencial según lo establece la sección 303.21 del Código de Regulación Federal. Toda la información que solicita la ASUME es necesaria para cumplir con el propósito de atender su solicitud, según los procedimientos y regulaciones, federales como locales. Suministrar la información solicitada es mandatorio. No proveer información indispensable puede resultar en el cierre del caso.

La Ley federal 42 USC § 405 (c) dispone que es obligatorio que usted nos provea su número de seguro social. Este número será utilizado por la ASUME y otras agencias para

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

identificarle y localizarle con el propósito de establecer paternidad, y establecer, modificar y hacer cumplir órdenes de alimentos y sustento médico. Además, se nos faculta a solicitar su número de seguro social cuando nos llame o visite para identificar su caso. También, la ley nos autoriza a solicitar su número de seguro social en formularios utilizados durante el trámite de nuestros servicios.

Cualquier información que se adquiera durante el desempeño de nuestros deberes oficiales se mantendrá de forma confidencial. La información adquirida sólo se utilizará para fines oficiales de la ASUME y del Departamento de la Familia. Sólo se podrá relevar información a las personas autorizadas por ley.

Violencia Doméstica

Si usted tiene alguna preocupación por su seguridad o la de sus hijos debe informarle al/la funcionario que trabaja su caso su inquietud. En estas circunstancias el/la trabajador del caso identificará el mismo para tomar medidas cautelares.

Terminación de Servicios:

La persona solicitante podría terminar los servicios mediante la notificación por escrito en la Oficina Local donde está asignado el caso. La ASUME podría terminar los servicios conforme a lo establecido en la Ley Orgánica y a tenor con 45 CRF 303.11.

Recobro en casos de pagos erróneos:

___ Si autorizo ___ No autorizo: a que se recobre cualquier pago que reciba erróneamente de los próximos pagos de pensión corriente. **El hecho de que usted no autorice o autorice este recobro no afecta su solicitud de servicios.**

- Debe llenar una Solicitud de Servicios por cada núcleo familiar o caso.

I- Información Personal de la Persona Solicitante							<input type="checkbox"/> Persona Custodia		<input type="checkbox"/> Persona No Custodia		
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre			Número de Seguro Social ____ - ____ - _____			Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año					
Dirección Postal <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida			Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida			Lugar de nacimiento		Edad			
						Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
Teléfono Residencial			Teléfono del Trabajo			Teléfono Celular					
Descripción física			Peso	Estatura	Color de piel	Color de cabello	Color de ojos	Raza:		Estado Civil	
Número de licencia de conducir			Nombre del/la Cónyuge, si aplica			Régimen económico: <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales <input type="checkbox"/> Otro: Explique _____					
Posee vehículo de motor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique marca: _____			Año		Número de tablilla						
Nombre del Patrono: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Último conocido			Dirección del Patrono:			Teléfono del Patrono:					
						Patrono provee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ha recibido Asistencia Económica (AE): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Si contestó en la afirmativa, indique el mes y año del último cheque: _____ _____ Mes Año			Ha recibido Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesta en la afirmativo, indique la fecha del último cheque: _____ Mes Año					
Indique el Núm. de caso en AE: _____			Indique la oficina que tiene a cargo su caso de AE: _____								

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

II- Información de los Menores							
Menor 1							
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre			Núm. Seguro Social ____-____-____	Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)		Nombre de la compañía que provee cubierta		Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo		
Menor 2							
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre			Núm. Seguro Social ____-____-____	Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)		Nombre de la compañía que provee cubierta		Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo		
Menor 3							
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre			Núm. Seguro Social ____-____-____	Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)		Nombre de la compañía que provee cubierta		Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo		
Menor 4							
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre			Núm. Seguro Social ____-____-____	Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)		Nombre de la compañía que provee cubierta		Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo		
III- Información sobre la otra parte <input type="checkbox"/> Persona Custodia <input type="checkbox"/> Persona No Custodia							
Nombre y apellidos _____ Paterno Materno Nombre		Número de Seguro Social ____-____-____			Fecha de nacimiento ____/____/____ Día Mes Año		
Dirección Postal <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida		Dirección Residencial <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Última conocida			Lugar de nacimiento		
					Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Teléfono Residencial		Teléfono del Trabajo			Teléfono Celular		
Descripción Física		Peso	Estatura	Color de piel	Color de cabello	Color de ojos	
Raza:		Estado Civil:					
Número de licencia de conducir:		Nombre del/la Cónyuge, si aplica			Régimen económico <input type="checkbox"/> Sociedad legal de Bienes Gananciales <input type="checkbox"/> Capitulaciones Matrimoniales <input type="checkbox"/> Otro: Explique _____		
Posee vehículo de motor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique marca: _____		Año	Número de tablilla		Marca o cicatriz que distinga a la persona (describala):		
Nombre del Patrono: <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Último conocido		Dirección del Patrono:			Teléfono del Patrono:		
					Patrono provee cubierta de seguro médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

¿Se encuentra recluida/o en una Institución Penitenciaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Indique cuál: _____		
Indique si pertenece a las Fuerzas Armadas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	Indique otra persona que pueda ofrecer información: Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Residencial: _____ Teléfono Residencial: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____	
IV- Información relacionada con la pensión alimentaria, si alguna:		
Existe una orden de pensión alimentaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de la Orden/Resolución/Sentencia ____ Día ____ Mes ____ Año	Indique el número de la orden: _____	Cantidad de pensión alimentaria: \$ _____ Cantidad Frecuencia (mensual/bisemanal/semanal)
Si existe la Orden, indique quién emitió la misma: <input type="checkbox"/> Tribunal PR <input type="checkbox"/> Tribunal/Estado <input type="checkbox"/> ASUME	Indique nombre y apellidos de la persona obligada a proveer la pensión alimentaria: _____	
Existe deuda de Pensión Alimentaria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique la cantidad: \$ _____		

Entendimiento de los servicios:

La **ASUME** brindará todos los servicios que sean necesarios conforme a las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Gobierno Federal. Con su asistencia y cooperación el servicio será provisto hasta que se culmine la obligación de proveer alimentos y se cumpla con la misma. Se le advierte, que su caso puede ser cerrado por falta de cooperación o porque así una disposición legal o reglamentaria lo ordene o permita. Es necesario que cualquier cambio de dirección, teléfono o cualquier otra información nueva sea informada a la ASUME inmediatamente.

Declaración de la Persona Solicitante:

Afirmo que la información contenida en esta Solicitud de Servicios es cierta y correcta y que cualquier información falsa podría resultar en cargos por perjurio contra mi persona. Entiendo que debo cooperar con la ASUME para que mi caso sea procesado, y que mi falta de cooperación podría conllevar la terminación de mi caso. He leído y entiendo la **NOTIFICACIÓN** que antecede.

Por la presente solicito los servicios que ofrece la ASUME.

Firma de la Persona Solicitante

Fecha
Día / Mes /Año)