ATTORNEY GENERAL OF TEXAS

GREG ABBOTT

CHILD SUPPORT DIVISION

Estimado padre de familia:

Asunto: Solicitud de Revisión

Gracias por sus preguntas sobre la revisión de la orden de manutención de niños. Por favor, firme y llene este formulario y el Cuestionario de Revisión de Manutención y envíelos a la oficina de manutención de niños pertinente. Puede encontrar la dirección de la oficina local de manutención de niños yendo a Manutención de Niños Interactiva de la sección de Manutención de Niños en la página Internet de la Procuraduría General en www.texasattorneygeneral.gov o llamando al 1-800-252-8014.

Nombre:	Núm. de Seguro Social:	Núm. de caso de la Procuraduría:

Solicito que la División de la Procuraduría General para la Manutención de Niños revise mi orden de manutención de niños. Entiendo lo siguiente:

- Los abogados de la Procuraduría General representan al Estado de Texas. Ellos me proporcionarán servicios de manutención, pero no me representan ni a mi ni a ningún otro particular.
- La revisión trata solamente la manutención médica y de niños.
- El padre sin custodia quizás tenga que proveer seguro médico para el niño o los niños.
- La revisión de la orden de manutención determinará si esta cumple con las normas de Texas para la manutención de niños.
- El solicitante puede retirar la solicitud de revisión.

Por favor, escriba las razones por las que está solicitando una revisión:

_____

_____

_____

_____ _____

Firma Fecha de la firma

Dentro de un lapso de tres semanas después de recibir de usted toda la información necesaria, determinaremos si es apropiada una revisión de la orden de manutención y le comunicaremos nuestra decisión. Si se determina que se debe realizar una revisión, se le pedirá a la otra parte que se nombra en la orden de manutención que llene un cuestionario. Gracias por su cooperación.

Procuraduría General
División de Manutención de Niños

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF TEXAS

CHILD SUPPORT DIVISION

GREG ABBOTT
Attorney General

CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

INSTRUCCIONES

Por favor, escriba a máquina, imprima o escriba claramente en letra de molde. Conteste todas las preguntas lo más completa y exactamente posible. Por favor, envíe el formulario llenado junto con copias de su:

- Declaración de impuestos de los dos últimos años
- Dos talones de cheque de paga más recientes

Si no tiene estos documentos, por favor, envíe sus formularios W-2 de los dos últimos años.

Fecha:	Núm. de caso de la Procuraduría:

INFORMACIÓN DE USTED (Por favor, imprima toda la información)

Nombre (Appellido, Primer y Segundo nombre)	Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentezco con el niño
Dirección: Núm. y calle / Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal
Núm. telefónico de la casa	Núm. telefónico del trabajo	**¿Tiene custodia del niño?** ❑ **SÍ** ❑ **NO**	
Empleador		Núm telefónico del empleador	
Dirección del empleador: Núm. y calle	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN DE LA OTRA PARTE

Nombre (Appellido, Primer y Segundo nombre)	Núm de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentezco con el niño
Dirección: Núm. y calle / Apt. #	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador actual	Núm telefónico del empleador	Núm. telefónico de la casa	
Dirección del empleador: Núm. y calle	Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACIÓN DEL NIÑO O NIÑOS (Escriba solo el nombre de los hijos que tiene con este padre.)

Nombre (Apellido, Primer y Segundo nombre)	**Sexo**	**Núm. de Seguro Social**	**Fecha de Nacimiento**	**Lugar de Nacimiento**

INFORMACIÓN FINANCIERA

	INFORMACIÓN ACTUAL	INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA ORDEN
INGRESOS NETOS (antes de deducciones) **INGRESOS MENSUALES DE:**	**CANTIDAD**	**CANTIDAD**
Salario e ingresos (incluso comisiones, prestaciones y tiempo extra)		
Empleo por cuenta propia		
Pensiones y jubilación		
Beneficios de Seguro Social		
Beneficios de desempleo		
Beneficios de discapacidad y compensación laboral		
Dividendos e intereses		
Rentas netas		
Otro (especifique):		
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES		

			INFORMACIÓN ACTUAL	INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA ORDEN
SUS DEDUCCIONES MENSUALES POR:			**CANTIDAD**	**CANTIDAD**
Cuota de sindicato				
Seguro médico que paga para el niño o los niños en esta orden				
Empresa aseguradora	Número de póliza	Niños cubiertos		
TOTAL DE DEDUCCIONES MENSUALES				

	INFORMACIÓN ACTUAL	INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA ORDEN
SUS ACTIVOS:	**CANTIDAD**	**CANTIDAD**
Dinero en efectivo		
Dinero en cuentas de cheques		
Dinero en cuentas de ahorros		
Dinero en cualquier otra cuenta		
Fondos en pensión o jubilación		
Valor en efectivo de seguro de vida		
Acciones, bonos u otros valores de inversiones		
Bienes raíces		
Otros activos (por favor especifique)		
VALOR TOTAL DE TODOS LOS ACTIVOS		

	INFORMACIÓN ACTUAL	INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA ORDEN
NIÑOS:	**CANTIDAD**	**CANTIDAD**
Niños a los que legalmente tiene que mantener ya sea en su casa o por orden de la corte.		

Lea las declaraciones a continuación. Marque las casillas que usted cree que sean correctas y explique por qué.

❑ Los ingresos del otro padre substancialmente han (marque una) ❑ aumentado ❑ bajado desde la fecha de la orden de manutención de niños actual.

¿Por cuánto? $ _____ por _____

Explique por qué _____

_____

¿Tiene otros hijos, no mencionados antes en este cuestionario, **que viven en este momento con usted?**

❑ Sí ❑ No Si contesta "Sí", llene la sección a continuación. **No** incluya hijastros.

Nombre (Apellido, Primero y Segundo nombre)	**Sexo**	**Núm. de Seguro Social**	**Fecha de Nacimiento**	**Lugar de Nacimiento**

¿Tiene otros hijos, no mencionados antes en este cuestionario, **a los que legalmente tiene que mantener?**

❑ Sí ❑ No Si contesta "Sí", llene la sección a continuación. Por favor, incluya copias de las órdenes de la corte si las tiene disponibles.

Nombre (Apellido, Primero y Segundo nombre)	**Sexo**	**Núm. de Seguro Social**	**Fecha de Nacimiento**	**Lugar de Nacimiento**

¿Hay alguna otra información que debamos considerar y que no se ha cubierto hasta este momento? Por ejemplo, necesidades especiales de los niños sujetos a esta orden.

Explique _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Al firmar abajo certifico que la información que dí en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

El Código Gubernamental de Texas § 559 le otorga derecho de revisar y solicitar la corrección de información en este formulario.

_____ _____

Firma Fecha de la firma