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:**      | **Num. 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

November 2014 Form 3L015as



**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:     **<F003>** |

**<F003>**

**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. #      | C iudad      | Estado      | Código Postal      |
| Núm. telefónico de la casa (   )   -     | Núm. telefónico del trabajo (   )   -     | **¿Tiene custodia del niño?****[ ]  SÍ** **[ ]  NO** |
| Empleador       | Núm telefónico del empleador(   )   -     ext       |
| Dirección del empleador: Núm. y calle       | C iudad      | 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. #      | C iudad      | Estado      | Código Postal      |
| Empleador       | Núm. telefónico del trabajo (   )   -     | Núm. telefónico de la casa  (   )   -     |
| Dirección del empleador: Núm. y calle       | C iudad      | 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** |
|       |  |    -  -     |       |       |
|       |  |    -  -     |       |       |
|       |  |    -  -     |       |       |
|       |  |    -  -     |       |       |
|       |  |    -  -     |       |       |

November 2014 Page 1 Form 3F002s

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

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

November 2014 3F002s

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 Capítulo 559 le otorga derecho de revisar y solicitar la corrección de información en este formulario.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma Fecha de la firma

November 2014 Page 3 Form 3F002s