

MC: ME
Bar Code Area
FS#:
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
AUSTIN, TX 78711-2048



KEN PAXTON
ATTORNEY GENERAL of TEXAS
CHILD SUPPORT DIVISION

Fecha:
OAG #
Otro Padre:

Re: Solicitud de Revisión

Estimado/a _____ :

Gracias por sus preguntas sobre la revisión de la orden de manutención de niños. Sírvase firmar este formulario y enviarlo a la siguiente dirección junto con el Cuestionario de Revisión de Manutención completado:

Office of the Attorney General
P.O. Box 12048
Austin, TX 78711-2048

Nombre:	Num. de Seguro Social:	Num. de Caso de la Procuraduría:
---------	------------------------	----------------------------------

Solicito que la División de Manutención para Niños de la Procuraduría General lleve a cabo una revisión de 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 a mí ni a ninguna otra persona en particular.
- La revisión de la orden de manutención de niños determinará si la orden cumple con las normas de Texas para la manutención de niños y puede resultar en un aumento o disminución en manutención de niños o cambios en cobertura médica.

Favor de indicar las razones por las que está solicitando una revisión:

(Firma)

(Fecha)

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

Office of the Attorney General
Child Support Division



CUESTIONARIO PARA REVISAR LA MANUTENCION PARA NIÑOS

Form Sequence Number

INSTRUCCIONES

Por favor escriba en letra de molde, a máquina o escriba claramente. Conteste todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible. Por favor devuelva el formulario completo junto con copias de su declaración de impuestos de los últimos dos años, y los dos recibos de pagos más recientes. Si no tiene estos documentos, por favor envíenos sus formularios W-2 de los últimos dos años.

Fecha:

Número de Caso de la Procuraduría General :

INFORMACIÓN SOBRE USTED (Por Favor Escriba En Letra De Molde)

Información de Seguridad Importante

Si usted tiene alguna preocupación por la seguridad de su(s) hijo(s), existe protección disponible en el proceso de manutención de niños.

¿Le preocupa cualquiera de lo siguiente?

- que el otro padre u otros individuos tengan acceso a su información personal de contacto
- negociar en persona con el otro padre
- contacto con el otro padre durante el proceso de intercambio del niño(s) para las visitas
- Si No Si contesto "Si", por favor explique: <Input Field>

¿Tiene usted una orden de protección, reporte policial, o cualquier otro documento de apoyo? Si No **Si es posible, por favor envíe una copia de cualquier documentación.**

Si usted respondió **SI** a cualquiera de las preguntas anteriores, se le enviará una Declaración Jurada de Confidencialidad.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		Número de Social Seguro	Fecha de Nacimiento	Parentesco con los Niños
Dirección: Calle		Número de Apto.	Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo		¿Tiene usted la custodia de los niños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Empleo			Teléfono del Empleo	
Dirección del Empleo: Calle		Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACION SOBRE EL OTRO PARTICIPANTE

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		Número de Social Seguro	Fecha de Nacimiento	Parentesco con los Niños
Dirección: Calle		Número de Apto.	Ciudad	Estado Código Postal
Empleo Actual			Teléfono de Empleo	Teléfono de la Casa
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código Postal

INFORMACION SOBRE LOS NIÑOS (Anote sólo los nombres de los niños que tiene con el otro participante nombrado arriba.)

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Sexo	Número de Social Seguro	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento

INFORMACION SOBRE RECURSOS ECONOMICOS

	Información Actual	Información de Ultima Orden de Manutención
SU INGRESOS TOTALES GRUESOS (antes de deducciones) MENSUAL DE:	CANTIDAD	CANTIDAD
Salarios y Sueldos (incluyendo comisiones, bonificaciones y horas extras)		
Trabajo Independiente		
Pensiones y Jubilación		
Beneficios de Seguro Social		
Beneficios de Desempleo		
Beneficios de Incapacidad e Indeminización del Trabajador		
Dividendos e Intereses		
Ingresos Netos por Rentas		
Otros (especifique):		
TOTAL EN INGESOS MENSUALES		

	Información Actual	Información de Ultima Orden de Manutención
SUS DEDUCCIONES MENSUALES PARA:	CANTIDAD	CANTIDAD
Cuota Sindical		
Seguro Médico y Dental Para sus Niños, Pagado por Usted:		
Compañía de Seguro	Número de Póliza	Niño(s) Cubierto(s)
TOTAL DE LAS DEDUCCIONES MENSUALES		

	Información Actual	Información de Ultima Orden de Manutención
BIENES QUE USTED TIENE	CANTIDAD	CANTIDAD
Dinero en Efectivo		
Dinero en Cuentas Corrientes		
Dinero en Cuentas de Ahorros		
Dinero en Cualquiera Otra Cuenta		
Findos de Jubilación o Pensión		
Valor en Efectivo de Seguro de Vida		
Acciones, Bonos u Otras Inversiones		
Bienes Raices		
Otros Recursos (especifique)		
VALOR TOTAL DE TODOS LOS BIENES		

	Información Actual	Información de Ultima Orden de Manutención
HIJOS:	NUMERO	NUMERO
Hijos que usted debe mantener, ya sea en su hogar o por orden de un tribunal.		

Lea las declaraciones abajo. Marque la casilla al lado de las que usted crea que sean correctas y explique porqué

El ingreso del otro padre ha considerablemente (marque uno) aumentado sido reducido desde la fecha en que fue imitada la orden de manutención para niños actual.

¿ Por cuánto? \$ <Input Field> por <Input Field>

Explique porqué :<Input Filed>

¿ Tiene usted otros niños no mencionados en este cuestionario, que actualmente está viviendo con usted?

Sí No Si marca "sí", llene la casilla abajo. No incluya a sus hijastros.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento

¿ Tiene usted otros niños no mencionados en este cuestionario, a quienes tiene la obligación?

Sí No Si marca "sí", llene la casilla abajo. Por favor adjunte copias de las órdenes de la corte, si las tiene.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Sexo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento

¿ Hay otra información que se debe considerar, que no se haya mencionado en este cuestionario?

Explicación : <Input Field>

Al firmar, certifico que la información que he proporcionado eneste formulario es correcta y verídica según mi mejor conocimiento de los hechos.

Según el Código Gubernamental de Texas § 559 (Texas Government Code), usted tiene el derecho a revisar y solicitar que se hagan correcciones necesarias a la información incluida en este formulario.

(Firma)

(Fecha)