

**ESTADO DE WEST VIRGINIA
OFICINA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SUSTENTO DE MENORES
FORMULARIO DE SOLICITUD ESTÁNDAR**

ENCARGADO DEL CUIDADO

PADRE/MADRE SIN TUTELA

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Condado: _____
 Estado: _____ Código postal: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Teléfono: (Casa) _____ (Celular): _____
 (Trabajo): _____ N.º de licencia de conducir: _____
 Sexo: M / F Relación con los menores: _____
 Preferencia de contacto Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono
 Comuníquese conmigo por correo electrónico: _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Condado: _____
 Estado: _____ Código postal: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Teléfono: (Casa) _____ (Celular): _____
 (Trabajo): _____ N.º de licencia de conducir: _____
 Sexo: M / F Relación con los menores: _____
 Preferencia de contacto Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono
 Comuníquese conmigo por correo electrónico: _____

Si la dirección anterior es su dirección de residencia pero su dirección de correo postal es diferente, escriba su dirección de correo postal en el reverso de este formulario.

**HIJOS MENORES DEL PADRE/DE LA MADRE SIN TUTELA AL CUIDADO DE
ESTA PERSONA ENCARGADA:**

NOMBRE LEGAL DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD, ESTADO DE NACIMIENTO	M / F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Enumere al o a los padres nombrados en el Certificado de Nacimiento:
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha estado casado alguno de los padres? **SÍ / NO** (utilice el reverso de este formulario, si fuera necesario)

Fecha: _____ Condado: _____ Estado: _____ Nombre del cónyuge: _____

EMPLEADOR/FUENTE DE INGRESOS DEL PADRE/DE LA MADRE SIN TUTELA:

Nombre del empleador: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el menor seguro médico? **Sí / No**

Si la respuesta es sí, proporcione una copia de la tarjeta.

¿Se encuentra encarcelado el padre/la madre sin tutela? **Sí / No**

¿Desempleado/a? **Sí / No**

- Marque aquí si recibe WV Works (TANF), Medicaid o SNAP (cupones para alimentos).
- Marque aquí si hay una orden de sustento en vigencia en este momento. Proporcione una copia de su orden. N.º de acción civil: _____ Condado: _____ Estado: _____
- Marque aquí si hay una audiencia de tribunal pendiente sobre este caso.
- Marque aquí si tiene inquietudes sobre seguridad para usted o su(s) hijo(s) menor(es) y necesita seguridad adicional para la información relacionada con su dirección.
- Marque aquí si desea que se revise su caso para cierre debido a una inquietud de seguridad grave para usted o su(s) hijo(s) menor(es).

MARQUE UNA CASILLA:

- Estoy solicitando servicios **COMPLETOS** de la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores (BCSE, por sus siglas en inglés). Comprendo que los servicios completos de la BCSE incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Establecimiento de paternidad
 - Establecimiento y cumplimiento de las órdenes de sustento de menores, que pueden incluir Retención de ingresos, compensaciones de Impuestos federales y estatales, Interceptación de compensación por desempleo e Interceptación de compensación de trabajadores.
 - Cobro y distribución de pagos por sustento
 - Ubicación de padres y servicios interestatales
- Estoy solicitando solamente servicios para la Retención de ingresos. La BCSE únicamente cobrará los pagos por Retención de ingresos y pagará al Acreedor. El Acreedor debe proporcionar información sobre el empleador a la BCSE en todo momento. La BCSE no proporciona ningún otro servicio.
- Estoy solicitando solamente los servicios de Cobro y Distribución. La BCSE únicamente realizará los pagos al Acreedor que sean pagados directamente a la BCSE por parte del Deudor. La BCSE no proporciona ningún otro servicio.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

A. Todos los solicitantes

1. Es mi responsabilidad proporcionar información precisa y actualizada en relación con las demás personas involucradas en este caso y responder a cualquier solicitud que me haga la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores (BCSE).
2. Es mi responsabilidad actualizar a la BCSE cuando haya un cambio en mi dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico.
3. Cualquier información que proporcione o deje de proporcionar puede afectar las acciones presentes y los resultados futuros de mi caso.
4. Cualquier información que proporcione a la BCSE en la administración de mi caso será confidencial. Sin embargo, puede requerirse que la información se divulgue en determinadas circunstancias a otras personas, a tribunales u otras agencias.
5. Estoy de acuerdo en cooperar con la BCSE en sus esfuerzos por establecer la paternidad, establecer y hacer cumplir el sustento de menores y las obligaciones de sustento médico, así como el cobro del sustento de menores y la manutención para el cónyuge, lo que puede requerir una comparecencia como testigo ante el tribunal u otros procedimientos iniciados por la BCSE en contra el deudor.
6. Tengo la libertad de procurar acciones para lograr el cumplimiento por medio de un abogado privado; sin embargo, debo notificar a la BCSE si lo hago.
7. Estoy obligado a dirigir **todos** los pagos de sustento de menores y manutención del cónyuge recibidos directamente por mí a la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores al PO Box 247, Charleston WV 25321.
8. Debo volver a pagar **todo** el dinero de sustento de menores y manutención del cónyuge que haya retenido en violación de la cesión de derechos de sustento o dinero que haya recibido por error.
9. Tengo el derecho de inspeccionar cierta información en mi expediente que no esté protegida por la ley o por alguna política.
10. Según la Ley de Privacidad [5 U.S.C. 522a], la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores (BCSE) debe informarle lo siguiente: (a) que la solicitud de su número de seguro social es un requisito obligatorio según la Ley del Seguro Social [42 U.S.C. 466 (a)(131)]; y (b) la BCSE utilizará esta información únicamente en relación con el programa de cumplimiento de sustento de menores del Estado para fines de establecimiento de paternidad y establecimiento, modificación y cumplimiento de la obligación de sustento.

11. Tengo el derecho de apelar las acciones o decisiones tomadas por el Departamento de Salud y Recursos Humanos (DHHR, por sus siglas en inglés) (mediante el proceso de Audiencia Imparcial del DHHR) en relación con las obligaciones para aceptar los servicios y cooperar con la BCSE.
12. Si la BCSE presenta un gravamen en mi caso y los registros de la BCSE reflejan posteriormente que el gravamen debe ser liberado debido al pago en su totalidad, presentación errónea u otras razones, entonces por este medio otorgo a la BCSE autoridad total para liberar el gravamen en mi nombre.

B. Solicitantes de asistencia pública solamente

1. Si recibo servicios de la BCSE, se me solicita cooperar con la Oficina en el establecimiento de la paternidad y el establecimiento del sustento de menores y sustento médico para el menor. Debo cooperar también en la recopilación del sustento de menores y manutención del cónyuge.
2. Cuando solicito Asistencia pública (WV Works), comprendo que automáticamente cedo mis derechos para el sustento de menores y manutención del cónyuge al DHHR. Esto significa que cualquiera y todo el dinero del sustento de menores, sustento médico y manutención del cónyuge, hasta el monto de Asistencia pública que recibí, será retenido por el Estado para la devolución de la Asistencia pública que se pagó. Puedo solicitar a la Asistencia pública o al trabajador asignado a sustento de menores que me expliquen cómo funciona.
3. Si tengo una orden de Sustento médico y también recibo Medicaid, comprendo que automáticamente cedo al DHHR mis derechos al Sustento médico. Esto significa que cualquiera y todo el dinero del sustento médico hasta el monto de Sustento médico recibido, será retenido por el Estado para la devolución a la Oficina de Servicios médicos. Puedo solicitar a la Asistencia pública o al trabajador asignado a sustento de menores que me expliquen cómo funciona.
4. Tengo el derecho en cualquier momento de solicitar que se reclame buena causa para no cooperar con la BCSE. Puedo solicitar al DHHR o al trabajador asignado a sustento de menores que me expliquen lo anterior.
5. Si no coopero con la BCSE al no responder las cartas de citas, no redirigir TODOS los pagos de sustento de menores/manutención del cónyuge, no asistir a las audiencias de tribunal o retener intencionalmente cualquier información relacionada con este caso, mis acciones se considerarán un rechazo a cooperar. Si se toma esta determinación, comprendo que mi asistencia pública se puede reducir o pueden cerrar mi caso en la BCSE.

C. Información sobre los Cobros de Compensación de impuestos estatales y Compensación federal

1. Las compensaciones federales, incluso la interceptación de Impuestos federales, denegación de pasaporte y compensación administrativa y la Compensación de impuestos estatales son métodos muy efectivos para cobrar el sustento de menores atrasado y, en algunos casos, la manutención del cónyuge, al interceptar el reembolso de Impuestos estatales o federales, interceptar otros montos de dinero federal que pueden adeudarse al deudor o al denegar el pasaporte al deudor por parte del Departamento de Estado de EE. UU.
2. Para ser elegible para que me remitan a los programas de Compensación federal y compensación de Impuestos estatales, comprendo que debo recibir los servicios completos de la BCSE.
3. Si se considera apropiado por parte de la BCSE, mi caso se remitirá automáticamente para Compensación de impuestos federales y estatales. Comprendo que mi caso debe cumplir con determinados requisitos de elegibilidad para su remisión para compensaciones de impuestos y otras compensaciones.
4. Debe haber una orden de tribunal válida para el sustento.
5. Si la orden para sustento no se ingresó en este Estado, se requiere una copia de la orden fuera del estado, cualquier modificación y, en caso que sea posible, una copia del registro de pago de sustento.

6. El Deudor debe tener un pago atrasado de sustento de menores de por lo menos \$500.00 para ser referido al IRS para compensación de impuestos y, por lo menos, un pago atrasado de \$100.00 para ser referido para compensación de Impuesto estatal. (Si se recibió el dinero, la fuente de pago no se me puede divulgar debido a las restricciones de confidencialidad).
7. El número de Seguro Social y la dirección del Deudor debe haberse verificado.
8. Debo firmar una declaración jurada para dar testimonio del monto de sustento que se me adeuda.
9. No hay garantía de que se cobrará el dinero.
10. Si el dinero se intercepta del IRS o de las Compensaciones de impuestos estatales y recibo Asistencia pública (WV Works), el dinero debe pagarse primero al DHHR para cumplir con el sustento/pagos atrasados cedidos. Si queda algún dinero después de cumplir con el sustento/pagos atrasados cedidos y se me adeuda el dinero, este dinero se me enviará por parte de la BCSE, siempre y cuando los pagos atrasados que se me adeuden también se hayan enviado para interceptación.
11. Si el dinero se intercepta de IRS o de las Compensaciones de impuestos estatales y ya no recibo Asistencia pública (WV Works), ese monto de dinero se me debe pagar primero, antes de cumplir con el sustento/pagos atrasados cedidos.
12. Comprendo que soy personalmente responsable de reintegrar cualquier monto que haya recibido por error o que se deba devolver al Departamento de Ingresos Estatales o al IRS debido a la presentación de cualquier devolución enmendada o reclamo del cónyuge por lesiones por parte del cónyuge del Deudor en una interceptación de Compensación de impuestos federales o estatales.
13. Si se interceptó el reembolso de impuestos del Deudor, comprendo que la BCSE tiene la autoridad de retener el dinero (si este implica una devolución conjunta) durante seis (6) meses antes de enviarme el cobro.

Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo en que:

- He leído o me han leído todas las declaraciones contenidas en este formulario y las comprendo.
- Acepto las responsabilidades indicadas anteriormente.
- Toda la información que proporcioné es verdadera y correcta hasta donde tengo conocimiento.
- El Abogado de la BCSE representa el interés del Estado de West Virginia. No hay ninguna relación de abogado-cliente entre el Abogado de la BCSE y yo.

Su firma: _____ **Fecha:** _____

¿TIENE ALGUNA DE LAS PARTES UN ABOGADO? SÍ / NO

ABOGADO DEL ENCARGADO DEL CUIDADO

ABOGADO DEL PADRE/DE LA MADRE SIN TUTELA

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Devuelva esta solicitud a su oficina local de la BCSE.

Puede encontrar una lista de las oficinas en:

www.dhhr.wv.gov/bcse

DECLARACIÓN JURADA DE PAGOS DIRECTOS

Solo enumere el monto real de pagos recibidos directamente del deudor.

AÑO		AÑO		AÑO	
MES	MONTO PAGADO	MES	MONTO PAGADO	MES	MONTO PAGADO
ENERO	_____	ENERO	_____	ENERO	_____
FEBRERO	_____	FEBRERO	_____	FEBRERO	_____
MARZO	_____	MARZO	_____	MARZO	_____
ABRIL	_____	ABRIL	_____	ABRIL	_____
MAYO	_____	MAYO	_____	MAYO	_____
JUNIO	_____	JUNIO	_____	JUNIO	_____
JULIO	_____	JULIO	_____	JULIO	_____
AGOSTO	_____	AGOSTO	_____	AGOSTO	_____
SEPTIEMBRE	_____	SEPTIEMBRE	_____	SEPTIEMBRE	_____
OCTUBRE	_____	OCTUBRE	_____	OCTUBRE	_____
NOVIEMBRE	_____	NOVIEMBRE	_____	NOVIEMBRE	_____
DICIEMBRE	_____	DICIEMBRE	_____	DICIEMBRE	_____

Por este medio juro y afirmo que, hasta donde tengo conocimiento, el registro anterior es un recuento verdadero y exacto de los pagos recibidos directamente de _____ para el pago de sustento.

La BCSE calculará el interés sobre cualquier sustento de menores no pagado.

Firma del encargado del cuidado

Fecha

**ESTADO DE WEST VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS
OFICINA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SUSTENTO DE MENORES
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE DEPÓSITOS
DIRECTOS**

¿Qué es el depósito directo?

El depósito directo, también conocido como transferencia electrónica de fondos, autoriza a la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores (BCSE) a depositar electrónicamente sus pagos de sustento directamente en su cuenta.

¿Por qué debo inscribirme en el Depósito directo?

Cuando se deposita directamente el pago de sustento en su cuenta, obtiene el dinero de forma más rápida debido a que se elimina el uso de correo postal. No es necesario que realice viajes adicionales al banco ni que haga largas filas. Lo más importante es que no le pueden robar su cheque ni se le puede perder.

¿Cómo funciona?

Cuando se realiza un pago a su caso de sustento, la BCSE le indica electrónicamente a su banco que acredite a su cuenta. En la mayoría de casos, el pago se recibirá en un plazo de 48 horas después de que la BCSE aplique el pago a su caso.

¿Cómo me inscribo en el Depósito directo?

Llene el Formulario de autorización, adjunte un cheque anulado o un formulario anulado de depósito/retiro de ahorro de su cuenta y envíelo por correo a

WV BCSE
Central Financial Unit
350 Capitol Street, Room 147
Charleston WV 25301

¿Cuándo iniciará mi Depósito directo?

Por lo general, en un plazo de 20 días después de que recibamos su formulario de autorización. La BCSE le notificará cuando inicie el depósito directo.

¿Cómo detengo el Depósito directo?

Debe notificarnos por escrito. Envíe una carta a la dirección que se indicó anteriormente o puede enviar una carta vía fax al 304-558-1503. Asegúrese de incluir su número de Seguro Social.

¿Qué sucede si cambio o cierro mi cuenta bancaria?

Debe completar un nuevo formulario de autorización cada vez que cambie su información bancaria. Si desea cerrar su cuenta bancaria, debe detener primero el Depósito directo para evitar retrasos en el recibo de su pago.

¿Cómo se cuándo he recibido un pago por Depósito directo?

Para saber si se ha acreditado un pago a su cuenta bancaria, puede comunicarse con su banco, llamar de forma gratuita al servicio de respuesta automatizada de voz de la BCSE disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-249-3778 o visitar el sitio web: <https://apps.wv.gov/DHHR/SPI/login.aspx?ReturnUrl=%2fDHHR%2fSPI%2fdefault.aspx>

OTRA OPCIÓN DE PAGO:

Tarjeta de débito: cuando se reciben los pagos, estos se cargan en una tarjeta de débito.

****Si no selecciona la opción de pago de Depósito directo o Tarjeta de débito, automáticamente se emitirá una tarjeta de débito de la BCSE.**

Esta autorización es válida para todos los casos de sustento para los cuales recibe servicios de la BCSE.

Todo sustento será pagado por depósito directo solamente a UNA cuenta.

IMPORTANTE: Debe adjuntar un cheque anulado o un formulario anulado de retiro/depósito de ahorros a este formulario para la verificación de la información de la cuenta.

GUARDE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS.

Acuerdo de autorización para Depósito directo para pagos de sustento

Nombre _____ Número de Seguro Social: _____

N.º de teléfono: _____ N.º del trabajo: _____

Nombre del banco: _____ Dirección: _____

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

N.º de ruta bancaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Se ubica por lo general en una esquina del extremo inferior izquierdo de su cheque. Llame a su banco si tiene alguna pregunta).

N.º de cuenta de cheques/ahorros: _____

(Se ubica en la parte inferior del cheque, entre el número de ruta y el número de cheque. Llame a su banco si tiene alguna pregunta).

Por este medio autorizo a la Oficina para el Cumplimiento del Sustento de Menores a realizar depósitos a las cuentas indicadas anteriormente. Si se depositan fondos erróneamente en la cuenta indicada anteriormente, autorizo a la BCSE a debitar el monto de mi cuenta o de pagos futuros. Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto hasta que la BCSE haya recibido notificación escrita de mi parte para cancelar la autorización. Comprendo que es mi responsabilidad enviar un formulario de Notificación de cambio a la BCSE, si cambia de alguna manera mi información bancaria.

Firma: _____

Fecha: _____

Marque aquí si hay un **CAMBIO** y verifique el número de cuenta anterior.