STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • WWW.CSE.RI.GOV

NON-CUSTODIAL PARENT - APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

Dear Applicant,

The attached application contains many questions about you as the non-custodial parent, the custodial parent, and the children for whom you are applying for child support services. It is important to be as complete and accurate as possible in answering all the questions herein.

A non-custodial parent may choose to apply for services for many different reasons. They do not have to be the custodial parent. If the case is an interstate case, we can assist with registering the order in Rhode Island. We can assist with filing a motion for relief, to reduce or suspend the order and you may choose to take advantage of the agencies Full Services. It is important to remember that this office does not provide **LEGAL ADVICE OR REPRESENTATION** for the non-custodial or the custodial parent.

Please be aware that by applying for services of the OCSS you are subject to all Administrative and Judicial Enforcement if you fall behind paying your order. Administrative and Judicial Enforcement are automated enforcement mechanisms such as, but is not limited to: income wage withholding, automated driver's license suspension, insurance intercept, bank liens, lottery intercept, and credit bureau reporting.

When the information required on the application is completed, the $20.00 fee should also be enclosed and submitted to our office. Once your completed application is received, a child support agent will review the information submitted, and determine if any further information is needed. If it is determined that you have provided an incomplete application, or you have failed to provide the required documents necessary to create a case, **the application and your check will be returned**.

If an application and fee is returned to you, you may find Checked/Highlighted markings throughout the application. They will indicate what information is still necessary to process the application. In some cases, a child support agent may contact you by telephone, or in writing.

Please remember to include:

- A SEPARATE completed application for each Custodial Parent (CP)
- A copy of each child's birth certificate
- A copy of your divorce decree *(if applicable)*
- A copy of **ALL** child support orders (current & previous)
- The application fee of $20.00 (personal check/money order only)

made payable to: Office of Child Support Services (No fee Medicaid/RI Works/CCAP)

- Signed Certification of the Non-Custodial Parent
- Medical Support Information

Our goal is to efficiently assist you in obtaining services from our office. We need your full cooperation and assistance to do so.

Very truly yours,

Sharon A. Santilli

Sharon A. Santilli, Esquire
Child Support Director
Rhode Island Department of Human Services - Office of Child Support Services

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 DORRANCE STREET, PROVIDENCE RI 02903
(401)-458-4400 • www.cse.ri.gov
SOLICITUD PARA SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

Estimado Solicitante,

La solicitud que se adjunta contiene muchas preguntas acerca de usted como el padre sin custodia, padre con custodia y los niños para los cuales usted está solicitando servicios de manutención. Es importante ser lo más completo y preciso para responder a todas las preguntas de este document.

Un padre sin custodia puede solicitar los servicios por muchas diferentes razones. No tienen que ser el padre con custodia. Si el caso es un caso interestatal, lo podemos ayudar con la colocación de la orden en Rhode Island. Lo podemos ayudar con la presentación de una moción de Alivio, para reducer o suspender la orden y usted pueda optar por tomar ventaja de las servicios complete de la agencia. Es importante recorder que esta oficina no proporciona **asesoramiento legal ni representaciòn** para el padre sin custodia o para el padre con custodia.

Tenga en cuenta que mediante la solicitud de servicios de la OCSS está sujeto a todas las ejecuciones administrativas y judiciales si se atrasa pagando su orden. Administración administrativa y judicial son mecanismos automatizados de aplicación tales como, pero no se limitan a : retención de salaries de ingresos, suspensión automática de la licencia de conducir, interceptación de seguros, embargos bancarios, interceptación de lotería y reporte de la oficina de crédito.

Cuando la información requerida en la solicitud esté completa, la tarifa de $20.00 también debe ser incluida y enviada a nuestra oficina. Una vez recibida su solicitud, un agente de apoyo de niño revisa la información presentada y determina si se requiere cualquier otra información. Si se determina que usted ha proporcionado una solicitud incomplete o han podido proporcionar los documentos necesarios para crear un caso, **la aplicación y su cheque serán devuelto.**

Si una solicitud y el pago es devuelto a usted, usted puede encontrar marcas marcadas/destacadas en toda la aplicación. Indicarán qué información todavía es necesaria para procesar la aplicación. En algunos casos, un agente de apoyo de niños puede comunicarse con usted por teléfono o por escrito.

Por favor no olvide incluir:

- Una solicitud complete por cada padre con custodia
- Una copia de cada Acta de nacimiento
- Decreto de una copia de su divorcio (si aplica)
- Una copia de todas las órdenes de manutención de menores (actuales y anteriores)
- La inscripciòn de $20.00 (cheque personal/giro postal) solamente

Nombre: oficina de servicios de manutención (no cargo si tiene Medicaid/ RI Works/CCAP

- Certificación firmada del padre sin custodia
- Informaciòn de asistencia médica

Nuestro objetivo es atenderle eficazmente en la obtenciòn de servicios de nuestra oficina. Necesitamos su plena cooperaciòn y asistencia para hacerlo.

Muy atentamente,

Sharon A. Santilli

Sharon A. Santilli, Esq.
Directora de Manutención de Menores
La Oficina de Manutención De Menores De Rhode Island

OFFICE USE ONLY: Application for Services (Dates)

Please note: The dates below are required by Federal Regulation to be kept track of by an OCSS employee. If you have requested an application by visiting our office, the "Date application requested" section should be filled in upon your request. The remaining dates will be recorded when the application is returned to or office. Please do not enter any dates below – only office staff should record these dates.

Date application requested: ____/____/____ Application sent: ____/____/____ Application received: ____/____/____

SECTION A – NON-CUSTODIAL PARENT (NCP) INFORMATION
SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL PROGENITOR QUE NO TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL (NCP)

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. RECUERDE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
*** IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT "UNKNOWN" IN THE BOX.**
* SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

NCP NAME: NOMBRE DEL NCP		☐ **MALE** / HOMBRE ☐ **FEMALE** / MUJER
NCP SSN#: # DE SEGURO SOCIAL DEL NCP		**DOB:** FECHA DE NACIMIENTO
BIRTHPLACE: LUGAR DE NACIMIENTO	**NCP ETHNICITY:** ÉTNIA DEL NCP	**PRIMARY LANGUAGE:** IDIOMA NATAL:

NCP ADDRESS:
DOMICILIO DEL NCP

STREET / *CALLE*

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

MAILING ADDRESS: (IF DIFFERENT THAN ABOVE)
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)

STREET **/ CALLE**

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

HOME PHONE: TELÉFONO EN EL HOGAR	**CELL PHONE:** TELÉFONO CELULAR	**WORK TELEPHONE:** TELÉFONO TRABAJO

EMAIL:
CORREO ELECTRÓNICO

NCP CURRENT MARITAL STATUS / ESTADO MARITAL ACTUAL DEL NCP:

- ☐ **NEVER MARRIED/PARTY TO CIVIL UNION / NUNCA CASADO(A)/PAREJA EN UNIÓN LIBRE**
- ☐ **CURRENTLY MARRIED/PARTY TO CIVIL UNION / CASADO(A) ACTUALMENTE/PAREJA EN UNIÓN LIBRE**
- ☐ **SEPARATED / SEPARADO(A)**
- ☐ **DIVORCED / DIVORCIADO(A)**
- ☐ **OTHER / OTRO**

HAIR COLOR: COLOR DEL CABELLO	**EYE COLOR:** COLOR DE OJOS	**HEIGHT:** ALTURA:	**WEIGHT:** PESO:

PHYSICAL MARKINGS:
SEÑALES FÍSICAS

DRIVER'S LICENSE STATE: ESTADO QUE EMITIÓ LA LICENCIA DE CONDUCIR	**LICENSE #** # DE LICENCIA:

VEHICLE INFORMATION: *(MAKE, MODEL, COLOR/YEAR)*
INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO *(MARCA, MODELO, COLOR/AÑO)*

VEHICLE REGISTRATION STATE: ESTADO EN DONDE ESTÁ MATRICULADO EL VEHÍCULO	**VEHICLE REGISTRATION #** NÚMERO DE MATRÍCULA DEL VEHÍCULO
CURRENT EMPLOYER: PATRONO DEL NCP	**EMPLOYER PHONE:** NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATRONO

EMPLOYER ADDRESS:
DIRECCIÓN DEL PATRONO

STREET / CALLE

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

DO YOU HAVE CURRENT OR PRIOR MILITARY SERVICE? ¿ESTE NCP CUMPLE O A CUMPLIDO SERVICIO MILITAR?
☐ **CURRENT** / ACTUAL ☐ **PRIOR MILITARY** / SERVICIO MILITAR ANTERIOR

IF YES, WHICH BRANCH? / SI ES SÍ, ¿EN QUÉ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS?
☐ **NAVY** / MARINA ☐ **ARMY** / EJÉRCITO ☐ **AIRFORCE** / FUERZA AÉREA ☐ **MARINES** / INFANTE DE MARINA
☐ **COAST GUARD** / GUARDIA COSTERA

DATE OF SERVICE / FECHA DE SERVICIO: _____

DO YOU RECEIVE RI WORKS, STATE MEDICAL, OR CCAP?
¿RECIBE RI WORKS, SEGURO DEL ESTADO O CCAP? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

IF THE ANSWER IS YES, CHECK THE TYPE(S) OF ASSISTANCE YOU RECEIVE(ED). /SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL/LOS TIPO(S) DE AYUDA QUE RECIBE/RECIBIÓ

☐ **RI WORKS** / RI WORKS ☐ **STATE MEDICAID** / MEDICAID ESTATAL ☐ **CCAP** / CCAP

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE HUSBAND/FORMER HUSBAND IS THE LEGAL FATHER OF THAT CHILD. IF A DIVORCE DECREE OR COURT ORDER EXCLUDES THE HUSBAND/FORMER HUSBAND AS THE FATHER OF ANY CHILD(REN) LISTED BELOW, A COPY OF THAT COURT ORDER EXCLUDING THE HUSBAND/FORMER HUSBAND AS THE FATHER MUST BE ATTACHED.

SI NACE UN NIÑO CUANDO LA MADRE ESTÁ CASADA O EN EL PERIODO DE 300 DÍAS DESPUÉS DE HABERSE TERMINADO EL MATRIMONIO, LA LEY ESTATAL DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO/EXESPOSO ES EL PADRE LEGAL DEL NIÑO. SI EL DECRETO DE DIVORCIO O UNA ORDEN JUDICIAL EXCLUYE AL ESPOSO O EXESPOSO DE SER EL PADRE DE(L) (CUALQUIERA) (LOS) NIÑO(S) QUE SE INDICA(N) A CONTINUACIÓN, SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL QUE EXCLUYE AL ESPOSO O EXESPOSO DE SER EL PADRE.

Are you and the Custodial parent currently married? *
Están usted y el padre/madre con la custodia divorciados? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

Date of that marriage (if applicable):
Fecha del matrimonio (si es aplicable) _____

Were you and the Custodial parent married at the time of the birth of the child?
Estuvieron casados usted y el padre/madre con la custodia? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

Are you and the Custodial parent divorced? *
Están usted y el padre/madre con la custodia divorciados? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

Date of Divorce: **Divorce Number:** **Location:**
Fecha del divorcio: _____ número del divorcio: _____ lugar: _____

THIS APPLICATION WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE, UNLESS A COPY OF YOUR DIVORCE DECREE IS ATTACHED TO THE APPLICATION.
LA SOLICITUD SE CONSIDERARÁ INCOMPLETA A MENOS DE QUE SE LE ADJUNTE UNA COPIA DE SU DECRETO DE DIVORCIO.

HAS A COURT ORDER FOR CHILD SUPPORT ALREADY BEEN ESTABLISHED? (COULD BE IN A DIFFERENT STATE)
¿YA HA DICTADO ALGÚN TRIBUNAL UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES? (PUDIERA SER EN OTRO ESTADO)
☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

IF YES, PROVIDE DETAILS OF ESTABLISHED COURT ORDER FOR CHILD SUPPORT:
SI ES SÍ, PROVEA LOS DETALLES DE DICHA ORDEN DE MANUTENCIÓN DE MENORES:

STATE / ESTADO: _____ **AMOUNT** / CANTIDAD: _____
FREQUENCY / FRECUENCIA: _____ **DATE OF ORDER** / FECHA DE LA ORDEN: _____

SECTION B – CUSTODIAL PARENT (CP)/PARTY INFORMATION
SECCIÓN B – INFORMACIÓN DEL PROGENITOR QUE TIENE LA CUSTODIA O GUARDA LEGAL (CP)

REMEMBER: PLEASE PRINT YOUR RESPONSES CLEARLY. RECUERDE: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
* IF ANY INFORMATION IS UNKNOWN, PLEASE PRINT "UNKNOWN" IN THE BOX. * SI ALGUNA INFORMACIÓN NO SE SABE, POR FAVOR ESCRIBA "NO SE SABE" EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

CP NAME: NOMBRE DEL CP	☐ **MALE** HOMBRE ☐ **FEMALE** MUJER
ALIAS: (IF APPLICABLE) OTROS NOMBRES QUE EL CP USA (SI APLICA)	**SSN#** # DE SEGURO SOCIAL:
CURRENT ADDRESS: DOMICILIO DEL CP: **STREET** / CALLE **CITY/STATE/ZIP** / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL **COUNTRY** / PAÍS	
MAILING ADDRESS: (IF DIFFERENT THAN ABOVE) DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)	

HOME PHONE: TELÉFONO EN CASA	**CELL PHONE:** TELÉFONO CELULAR	**EMAIL:** CORREO ELECTRÓNICO
DOB: FECHA DE NACIMIENTO	**BIRTHPLACE:** LUGAR DE NACIMIENTO DEL CP	**MAIDEN/FORMER NAME(S):** NOMBRE(S) DE SOLTERA/ANTERIOR(ES)

ETHNICITY: ÉTNIA DEL CP	**PRIMARY LANGUAGE:** IDIOMA NATAL
CURRENT EMPLOYER NAME: NOMBRE DEL PATRONO ACTUAL DEL CP	**WORK PHONE:** TELÉFONO EN EL TRABAJO

Downloaded from Website

EMPLOYER ADDRESS:
DIRECCIÓN DEL PATRONO DEL CP

STREET / CALLE

CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL **COUNTRY** / PAÍS

MEDICAL INSURANCE INFORMATION / SECCIÓN D: – AYUDA MÉDICA

Are the child/children currently covered by medical insurance? ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

Who is responsible for providing the medical coverage for the child/children?
☐ **CUSTODIAL PARENT** ☐ **NON-CUSTODIAL PARENT** ☐ **OTHER**

NAME OF PERSON PROVIDING HEALTH INSURANCE COVERAGE FOR CHILD/CHILDREN:
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PARA EL/LOS NIÑO(S)

RELATIONSHIP OF ABOVE NAMED TO CHILD/CHILDREN:
PARENTESCO QUE ESTA PERSONA TIENE CON EL/LOS NIÑO(S)

HEALTH INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO:

ADDRESS OF HEALTH INSURANCE COMPANY:
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

POLICY # / # DE PÓLIZA:	**HEALTH INSURANCE COST:** /MONTHLY COSTO DEL SEGURO MÉDICO $ _____ /POR MES

***IF A CASH MEDICAL ORDER EXISTS:**
HAVE ALL CHILD/MEDICAL SUPPORT PAYMENTS BEEN PROCESSED THROUGH THE STATE DISBURSEMENT UNIT? *(SDU)*
¿TODOS LOS PAGOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES O PAGOS MÉDICOS HAN SIDO PROCESADOS A TRAVÉZ DE LA UNIDAD DE DESEMBOLSOS DEL ESTADO? (SDU, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) ☐ **YES** / SÍ ☐ **NO** / NO

Downloaded from Website

SECTION C – CHILD/CHILDREN INFORMATION / SECCIÓN C – INFORMACIÓN DEL NIÑO/LOS NIÑOS

CHILD 1 INFORMATION

CHILD 1 NAME / NOMBRE DEL PRIMER NIÑO:

first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)	☐ MALE / NIÑO	
PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:	☐ FEMALE / NIÑA	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD: SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)	**WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?** ¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE HUSBAND/FORMER HUSBAND IS THE LEGAL FATHER OF THAT CHILD.
SI NACE UN NIÑO CUANDO LA MADRE ESTÁ CASADA O EN EL PERIODO DE 300 DÍAS DESPUÉS DE HABERSE TERMINADO EL MATRIMONIO, LA LEY ESTATAL DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO/EXESPOSO ES EL PADRE LEGAL DEL NIÑO.

WERE YOU MARRIED TO THE CUSTODIAL PARENT AT THE TIME OF THE CHILDS BIRTH, OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE? ¿estaba casada la madre cuando nació el niño o nació ÉSTE en el periodo de 300 días de haberse terminado el matrimonio? ☐ YES **/ SÍ** ☐ NO **/ NO**

IF NOT, HAS PATERNITY BEEN ESTABLISHED FOR THE CHILD BY A COURT ORDER? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HA SIDO ESTABLECIDA LA PATERNIDAD DEL NIÑO POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL?
ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER / ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PATERNITY" SIGNED?
¿SE FIRMÓ "UN RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD"? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

CHILD 2 INFORMATION

CHILD 2 NAME / NOMBRE DEL SEGUNDO NIÑO:

first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)	☐ MALE / NIÑO	
PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:	☐ FEMALE / NIÑA	SOCIAL SECURITY # # DE SEGURO SOCIAL

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD: SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)	**WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?** ¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE HUSBAND/FORMER HUSBAND IS THE LEGAL FATHER OF THAT CHILD.
SI NACE UN NIÑO CUANDO LA MADRE ESTÁ CASADA O EN EL PERIODO DE 300 DÍAS DESPUÉS DE HABERSE TERMINADO EL MATRIMONIO, LA LEY ESTATAL DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO/EXESPOSO ES EL PADRE LEGAL DEL NIÑO.

WERE YOU MARRIED TO THE CUSTODIAL PARENT AT THE TIME OF THE CHILDS BIRTH, OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE? ¿estaba casada la madre cuando nació el niño o nació ÉSTE en el periodo de 300 días de haberse terminado el matrimonio? ☐ YES **/ SÍ** ☐ NO **/ NO**

IF NOT, HAS PATERNITY BEEN ESTABLISHED FOR THE CHILD BY A COURT ORDER? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HA SIDO ESTABLECIDA LA PATERNIDAD DEL NIÑO POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL?
ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER **/ ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL**

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PATERNITY" SIGNED?
¿SE FIRMÓ "UN RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD"? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

Downloaded from Website

CHILD 3 INFORMATION

CHILD 3 NAME / NOMBRE DEL TERCER NIÑO:

first/middle/last/suffix / primer nombre/segundo nombre/apellido/sufijo

DOB (month/day/year) / FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año:)

_____

PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO:

_____

☐ MALE / NIÑO
☐ FEMALE / NIÑA

SOCIAL SECURITY #
DE SEGURO SOCIAL

YOUR RELATIONSHIP TO THIS CHILD:
SU PARENTESCO CON ESTE(A) NIÑO(A)

WAS THIS CHILD BORN WHILE THE PARENTS WERE MARRIED TO EACH OTHER/OR IN A CIVIL UNION AT THE TIME OF THE CHILD'S BIRTH?
¿NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A) CUANDO LOS PROGENITORES ESTABAN CASADOS ENTRE ELLOS U NACIÓ CUANDO LOS PROGENITORES VIVIAN EN UNIÓN LIBRE? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

IDENTIFY THE PARENTS:
IDENTIFIQUE A LOS PROGENITORES

IF A CHILD IS BORN DURING THE TIME A WOMAN IS MARRIED OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE, RHODE ISLAND STATE LAW PRESUMES THAT THE HUSBAND/FORMER HUSBAND IS THE LEGAL FATHER OF THAT CHILD.
SI NACE UN NIÑO CUANDO LA MADRE ESTÁ CASADA O EN EL PERIODO DE 300 DÍAS DESPUÉS DE HABERSE TERMINADO EL MATRIMONIO, LA LEY ESTATAL DE RHODE ISLAND PRESUME QUE EL ESPOSO/EXESPOSO ES EL PADRE LEGAL DEL NIÑO.

WERE YOU MARRIED TO THE CUSTODIAL PARENT AT THE TIME OF THE CHILDS BIRTH, OR WITHIN 300 DAYS OF THE TERMINATION OF THE MARRIAGE? ¿estaba casada la madre cuando nació el niño o nació ÉSTE en el periodo de 300 días de haberse terminado el matrimonio? ☐ YES **/ SÍ** ☐ NO **/ NO**

IF NOT, HAS PATERNITY BEEN ESTABLISHED FOR THE CHILD BY A COURT ORDER? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO
¿HA SIDO ESTABLECIDA LA PATERNIDAD DEL NIÑO POR MEDIO DE UNA ORDEN JUDICIAL?
ATTACH A COPY OF THE COURT ORDER **/ ADJUNTE UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL**

WAS A "VOLUNTARY ACKNOWLEDGEMENT OF PATERNITY" SIGNED?
¿SE FIRMÓ "UN RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD"? ☐ YES / SÍ ☐ NO / NO

Downloaded from Website

CERTIFICATION OF THE NON-CUSTODIAL PARENT

By signing this document, I acknowledge the following:

1. I WILL APPEAR AT ALL PROCEEDINGS/HEARINGS HELD AT THE RHODE ISLAND FAMILY COURT PROVIDENCE LOCATION, OR ANY OF THE OTHER FAMILY COURT LOCATIONS. I UNDERSTAND THAT FAILURE TO APPEAR IN FAMILY COURT FOR SCHEDULED HEARINGS MAY RESULT IN THE DISMISSAL OF THE MOTION/PETITION AND/OR CAUSE SANCTIONS TO BE IMPOSED THAT MAY AFFECT THE RECEIPT OF STATE ASSISTANCE.

2. I AGREE TO ATTEND ALL APPOINTMENTS AT THE OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES.

3. I WILL COOPERATE WITH OCSS BY PROVIDING REQUIRED/REQUESTED DOCUMENTATION.

4. BY REQUESTING FULL SERVICES from the OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES, I UNDERSTAND THAT IF I HAVE A PAST DUE AMOUNT OWED, MY CASE IS SUBJECT TO ALL ADMINISTRATIVE AND JUDICIAL ENFORCEMENT DESCRIBED BELOW. THE ADMINISTRATIVE AND JUDICIAL ENFORCEMENT AUTOMATICALLY TAKES PLACE, TO COLLECT ANY PAST DUE OWED SUPPORT. INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO: INCOME WAGE WITHHOLDING, AUTOMATED DRIVER'S LICENSE SUSPENSION, INSURANCE INTERCEPT, BANK LIENS, LOTTERY INTERCEPT, AND CREDIT BUREAU REPORTING.

5. THIS OFFICE DOES NOT PROVIDE LEGAL ADVICE OR REPRESENTATION TO YOU AS THE NON-CUSTODIAL PARENT, OR FOR THE CUSTODIAL PARENT.

6. I UNDERSTAND THAT I AM REQUIRED TO NOTIFY OCSS IN WRITING WITHIN TEN (10) DAYS OF ANY OF THE FOLLOWING EVENTS:
   - IF I MOVE OR CHANGE MY ADDRESS.
   - IF THE CUSTODY OF THE CHILD/CHILDREN CHANGES AND I BECOME THE PRIMARY CUSTODIAL PARENT

7. I WILL COMPLY WITH OCSS REQUIREMENTS AND ADMINISTRATIVE ENFORCEMENTS TO EFFECTIVELY PROCESS MY CASE, SUCH AS THE FOLLOWING ACTIONS:
   - LOCATION
   - MODIFICATION OF AN EXISTING ORDER
   - ESTABLISHMENT OF PATERNITY
   - ENFORCEMENT OF SUPPORT ORDER
   - ESTABLISHMENT OF CHILD SUPPORT ORDER
   - ESTABLISHMENT OF MEDICAL ORDER

8. NOTICE REGARDING USE OF SOCIAL SECURITY NUMBERS (SSN): FEDERAL CHILD SUPPORT MANDATES [42 USC §666(A)(13)] REQUIRE THE COLLECTION OF SSNS FOR ALL INDIVIDUALS INVOLVED IN PATERNITY AND CHILD SUPPORT ORDERS. SSNS ARE USED UNDER THE STATE'S CHILD SUPPORT ENFORCEMENT PROGRAM TO LOCATE INDIVIDUALS FOR PURPOSES OF ESTABLISHING PATERNITY AND ESTABLISHING MODIFYING OR ENFORCING SUPPORT OBLIGATIONS.

9. FAILURE TO OBEY OR ABIDE BY THE ABOVE OUTLINED GUIDELINES, MAY RESULT IN A DELAY IN PROCESSING YOUR CASE, TIMELY DISTRIBUTION OF PAYMENT DISBURSEMENTS FOR THE CUSTODIAL PARENT, OR OTHER DELAYED ACTION REGARDING THE PROCESSING OF YOUR CASE.

10. BY SIGNING THIS CERTIFICATION, I AM DECLARING UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF RHODE ISLAND THAT ALL THE INFORMATION PROVIDED WITHIN THIS APPLICATION, IS TRUE AND CORRECT.

CERTIFICATION BY NON-CUSTODIAL PARENT

PRINTED APPLICANT NAME	DATE
APPLICANT SIGNATURE	DATE

Downloaded from Website

CERTIFICACIÒN POR PARTE DE PADRE SIN CUSTODIA

Al firmar este documento, reconozco lo siguente:

1. APARECERÉ EN TODO PROCEDIMIENTO/AUDENCIA LLEVADO A CABO EN LA PROVINCIA DE LA CORTE FAMILIAR DE POVIDENCE RHODE ISLAND O CUALQUIER OTRO LUGAR DE LA CORTE FAMILIAR. ENTIENDO QUE EL HECHO DE NO COMPARECER ANTE EL TRIBUNAL DE FAMILIA PARA LAS AUDENCIAS PROGRAMADAS PUEDE DAR LUGAR A LA DESESTIMACIÒN DE LA MOCIÒN/PETICIÒN/IMPONER SANCIONES QUE PUEDA AFECTAR LA RECEPCIÒN DE LA ASISTENCIA ESTATAL.

2. ESTOY DE ACUERDO EN ASISTIR A TODAS LAS CITAS EN LA OFICINA DE SERVICIOS DE MANUTENCIÒN.

3. COOPERARÈ CON OCSS PARA PROPORCIONAR DOCUMENTOS REQUERIDOS/SOLICITADOS.

4. AL SOLICITAR SERVICIOS COMPLETOS DE LA OFICINA DE MANUTENCIÒN DE MENORES, ENTIENDO QUE SI TENGO UN MONTO ADEUDADO DEBIDO, MI CASO ESTÀ SUJETO A TODO EL CUMPLIMENTO ADMINISTRATIVO Y JUDICIAL SE LLEVA A CABO AUTOMÀTICAMENTE, PARA RECOLECTAR CUALQUIER PAGO ATRASADO DEBIDO. INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A: RETENCIÒN DE INGRESOS, SUSPENCIÒN AUTOMÀTICA DE LICENCIA DE CONDUCIR, INTERCEPTACIÒN DE SEGUROS, EMBARGOS BANCARIOS, INTERCEPTACIÒN DE LOERÌA Y REPORTES DE LA OFICINA DE CRÈDITO.

5. ESTA OFICINA NO PROPORCIONA ASESORAMIENTO LEGAL O REPRESENTACIÒN A USTED COMO EL PADRE SIN CUSTODIA O PARA EL PADRE CON CUSTODIA.

6. ENTIENDO QUE DEBO NOTIFICAR A OCSS POR ESCRITO DENTRO DE DIEZ DIAS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUENTES EVENTOS: SI SE MUDA O CAMBIA DE DIRECCIÒN, SI LA CUSTODIA DE LOS NIÑOS CAMBIA Y ME CONVIERTO EN EL PADRE CON CUSTODIA PRIMORDIAL.

7. CUMPLIRÈ CON LOS OCSS REQUISITOS Y APLICACIONES ADMINISTRATIVAS PARA PROCESAR CON EFICAZ MI CASO, COMO LAS SIGIUENTES: UBICACIÒN Y CUMPLIMIENTO DEL PADRE(S) RESPONSIBLE DE PROVEER APOYO, MODIFICACIÒN DE UNA ORDEN EXISTENTE, ESTABLECIMIENTO DE ORDEN MEDICA, ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD, EJECUCIÒN DE LA ORDEN DE MANUTENCIÒN, ESTABLECIMIENTO DE LA ORDEN DE MANUTENCIÒN.

8. AVISO SOBRE EL USO DE NÙMEROS DE SEGURO SOCIAL (SSN): MANDATOS FEDERALES DE APOYO INFANTIL {42 USC*666(A) (13) REQUIEREN LA RECOLECCIÒN DE SEGURO SOCIALES PARA TODAS LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN ÒRDENES DE PATERNIDAD Y MANUTENCIÒN DE NIÑOS. LOS NÙMEROS DE SEGURO SOCIAL SE USAN BAJO EL PROGRAMA DE LA APLICACIÒN DE LA AYUDA DE NIÑO DE LOS ESTADOS PARA LOCALIZAR A INDIVIDUOS PARA LOS PROPÒSITOS DE ESTABLECER LA PATERNIDAD Y DE ESTABLECER MODIFICACIÒN O HACER CUMPLIR LAS OBLIGACIOCIONES DE APOYO.

9. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DIRECTRICES DESCRITAS ANTERIORMETE, PUEDE RESULTAR EN UN RETRASO EN EL PROCESAMIENTO DE SU CASO, LA DISTRIBUCIÒN OPORTUNA DE LOS DESEMBOLSOS DE PAGO PARA EL PADRE CON CUSTODIA, U OTRA ACCIÒN DEMORADA EN RELACIÒN CON EL PROCESAMIENTO DE SU CASO.

10. AL FIRMAR ESTA CERTIFICACIÒN, YO ESTOY DECLARANDO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE RHODE ISLAND QUE TODA LA INFORMACIÒN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD, ES VERDADERA Y CORRECTA.

CERTIFICACIÒN POR PARTE DEL PADRE SIN CUSTODIA

NOMBRE DEL SOLITANTE IMPRESO	FECHA
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA

Downloaded from Website