

STATE OF OREGON, Programa de Manutención de Hijos (CSP), por el Administrador (ORS 25.010)
Condado: _____ No. de Corte: _____ No. de CSP: _____
[] Otra Jurisdicción: _____ No. del caso: _____
Hijos: _____
Deudor: _____
Acreedor: _____
[] Otras partes: _____

Cambio de Custodia Solicitud de Modificación, Terminación o Crédito de Atrasos

Al firmar este formulario, solicito al Programa de Manutención de Hijos (CSP) de revisar mi fallo en base a un cambio de custodia.

Sé que esta solicitud podrá cambiar el fallo debido a que el CSP aplicará las normas actuales de manutención de hijos a mis circunstancias actuales. Esto podría resultar en cualquier padre ser exigido pagar manutención de hijos en efectivo, pagar manutención médica en efectivo y proporcionar cobertura de atención médica. [OAR 137-050-0700 a 137-050-0765]

Desde que se registró el fallo o la última revisión, la custodia ha cambiado de la siguiente manera:

Marcar los que correspondan

- No deseo manutención de hijos de la otra parte. Al elegir esta opción, sé que el CSP no modificará el fallo para que la otra parte pague manutención por lo menos 35 meses, a menos que haya un cambio substancial de circunstancias.
- Deseo manutención de hijos de la otra parte. Esta solicitud es mi solicitud para servicios de manutención de hijos.
- Quiero un crédito contra mis atrasos. Pido el crédito porque **todos** los niños menores han vivido conmigo desde _____. [OAR 137-055-5510]

Completar y devolver la Declaración Uniforme de Ingresos y Gastos (UIES) con esta solicitud. Enviar cualquier información adicional o comprobante del cambio con la UIES.

Si usted tiene un abogado para las cuestiones de manutención de hijos, enumerar su nombre, dirección y número de teléfono:

Si mi solicitud resulta en una acción legal, entiendo que los documentos legales serán enviados a mí por correo regular a la dirección abajo.

Fecha	Firma	Nombre impreso	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

El domicilio que enuncia arriba será su "domicilio de contacto." Lo vamos a usar para enviarle documentos. También aparecerá en los papeles legales que se entreguen al otro padre y en los registros de la corte. Si no desea que se entregue su domicilio residencial o postal a la otra parte o que aparezca en los registros de la corte, debe darnos un domicilio diferente en su estado para el CSP usar como su "domicilio de contacto." Si la dirección que nos da ahora es diferente de una que nos dio antes, vamos a usar el nuevo de ahora en adelante.

Division of Child Support
`
`
`
Telephone: `
Fax: `
TTY: (800) 735-2900

El Programa de Manutención de Hijos puede proveerle a usted información de formularios y otros avisos en su propio idioma de forma gratuita. Esto incluye Braille, impresión en letras grandes y el uso de intérpretes. Póngase en contacto con su oficina de manutención de hijos para recibir más información.

El Programa de Manutención de Hijos (CSP) provee servicios para el Estado de Oregon. No podemos representarlo ni darle asesoramiento legal. Usted puede hablar con su propio abogado en cualquier momento. Es posible que haya servicios legales disponibles a bajo costo. Para más información puede visitar el sitio web de CSP en oregonchildsupport.gov.

Condado: _____ No. de Corte: _____ No. de CSP: _____
 [] Otra Jurisdicción: _____ No. del caso: _____
 Hijos: _____
 Deudor: _____
 Acreedor: _____
 [] Otras partes: _____

Declaración Uniforme de Ingresos y Gastos

Información de contacto:

No. de celular: _____ ¿Textos? Sí No No. para dejar mensajes: _____

No. de teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

Fecha _____ Firma _____ Nombre impreso _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

El domicilio que enuncia arriba será su "domicilio de contacto." Lo utilizaremos para enviarle documentos. También aparecerá en los papeles legales que se entreguen al otro padre y en los registros de la corte. Si no desea que se entregue su domicilio residencial o postal a la otra parte o que aparezca en los registros de la corte, deberá proporcionarnos un domicilio diferente en su estado para que el CSP lo utilice como su "domicilio de contacto." Si el domicilio que nos proporciona ahora es diferente al que nos proporcionó antes, utilizaremos el nuevo de ahora en adelante.

Enumerar todos los 'Hijos compartidos' de este Fallo (hijos menores de 21 años, nacido o adoptado por las partes)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Hijos viviendo con:			Niño de 18-20 en la escuela		Niño de 18, en la secundaria	
		Otro conmigo	Otro Padre	Otro (Nombre)	Sí	No	Sí	No

Enumerar sus hijos compartidos adicionales en una hoja de papel por separado.

¿Ya tiene usted un fallo de manutención para estos hijos? Sí No Si es sí, explique y **adjunte** la copia más reciente de sus fallos, si está disponible: _____

¿Tiene un fallo o acuerdo por escrito de tiempo de crianza para estos niños?

Sí No Si es sí, **adjunte** una copia del fallo o acuerdo.

¿Mantiene usted otros niños en su hogar o tiene un fallo de manutención para niños que no están en su hogar? Sí No Si es sí, enumerarlos abajo.

Primer nombre del niño	Fecha de nacimiento	Parentesco (hija, hijo etc.)	Si existe un fallo para usted pagar manutención, indique el estado, condado y número de la corte.	Niño de 18 en la secundaria en su hogar	
				Sí	No

Enumerar los hijos biológicos y adoptados o hijastros se le ordena mantener. Enumerar otros hijos que usted mantiene en una hoja de papel por separado.

¿Paga usted o recibe manutención conyugal? Sí No

Cantidad pagada: \$ _____ a quién _____

Cantidad recibida: \$ _____ de quién _____

¿Está usted empleado? Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

¿Cuántas horas por semana trabaja usted? _____ ¿Usted siempre recibe un salario por horas extras? Sí No

¿Qué es su ingreso mensual antes de deducciones? \$ _____. **Adjunte** una copia de su talón de pago más reciente.

¿Paga cuotas sindicales obligatorias? Sí No Si es sí, ¿cuánto por mes? \$ _____

¿Usted recibe reembolsos de gastos o asignaciones para un coche, teléfono celular, vivienda, subsidios, o cualquier otro gasto que reducen sus gastos de vida? Sí No Si es sí, ¿cuánto por mes? \$ _____ **Adjunte** prueba que usted recibe reembolsos de gastos o asignaciones.

¿Está usted desempleado? Sí No

¿Está usted recibiendo compensación de trabajadores o beneficios por desempleo? Sí No

Si es sí, indique la fuente y la cantidad del beneficio mensual o semanal:

Fuente: _____ Cantidad: \$ _____ Mensual Semanal

¿Qué tipo de trabajo ha hecho usted en los últimos cinco años? _____

¿Por qué terminó su último trabajo? _____

¿Está usted empleado por cuenta propia? Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono de su negocio: _____

Adjunte una copia de su declaración de impuestos más reciente (personal y comercial, incluyendo todos los anexos) o estado de ganancias y pérdidas.

¿Tiene otros ingresos? Sí No Ingresos **incluye** pero no se limita a, comisiones, adelantos, bonos, dividendos, indemnización por despido, pensiones, intereses, beneficios del Seguro Social, beneficios de seguro por discapacidad, premios, lotería, pensión alimenticia, ingreso Suplementario de Seguridad, y distribuciones de un fideicomiso.

Ingresos **no incluye** la manutención de hijos, beneficios de estampillas para comida, Seguro Social resultante de la discapacidad de un niño, asistencia de adopción, asistencia de tutela, y subsidios de cuidado sustituto.

Fuente: _____ Cantidad: \$ _____

Fuente: _____ Cantidad: \$ _____

¿Tiene costos de cuidado de niños para los hijos 'compartidos'? Sí No

¿Son los niños de 12 años o menos? Sí No ¿Están los niños discapacitados? Sí No

Si contestó sí a cualquier pregunta, enumerar el/los nombre(s) de los niños, fecha(s) de nacimiento y la/s cantidad(es) usted paga por su cuidado y **adjunte** comprobante de los costos de cuidado de niños: (Sólo incluya los costos que usted paga de su bolsillo.)

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

¿Está usted pagando para su propia cobertura de atención médica? Sí No Si es sí, ¿cuál es su costo mensual? \$ _____. **Adjunte** comprobante de cobertura que muestre su costo mensual.

¿Está la cobertura de atención médica disponible para sus niños? Sí No Si es sí, ¿quién asegura a los niños? _____

Fuente del seguro: empleador otro grupo cónyuge pareja doméstica otro

Compañía de seguros: _____ No. de teléfono: _____

Dirección _____

No. de póliza _____ No. del grupo: _____ Fecha efectiva de la póliza: _____

Costo mensual por niño \$ _____ Nombre(s) de los niños actualmente cubiertos por el seguro: _____

¿Paga usted gastos médicos continuos para los niños? Sí No

Si es sí, indique el/los nombre(s) de los niños, la razón del gasto, y el costo mensual:

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

Adjunte comprobante del seguro y los gastos médicos continuos para los niños.

¿Alguno de sus hijos reciben beneficios del Seguro Social o de Veteranos por la discapacidad o el retiro de un padre? Sí No

¿Qué tipo de beneficio reciben?

Asistencia Educativa de Sobrevivientes y Dependientes

Beneficios del Seguro Social

Beneficios prorrateados de Veteranos debido a la discapacidad o el retiro de un padre

¿Cuál es la cantidad total mensual de beneficios que los niños reciben? \$ _____

Si su hijo está en cuidado del estado, ¿tiene usted visitas regulares? Sí No

Si es así, ¿hasta dónde viaja usted? _____

¿Con qué frecuencia visita? _____

¿El Departamento de Servicios Humanos paga alguno de estos gastos? Sí No

¿Tiene usted consejería o clases ordenadas por la corte que debe asistir? Sí No

Si es sí, ¿cuáles son sus gastos asociados con estas clases? \$ _____

¿Tiene usted una condición médica que le impide trabajar? Sí No

Adjunte comprobante de la discapacidad (carta de adjudicación de la SSA, diagnóstico del doctor de la discapacidad).

¿Tiene usted honorarios judiciales o de abogado asociados con los niños en cuidado? Sí No

Si es sí, indique los honorarios: _____

¿Tiene usted que pagar honorarios de la libertad condicional? Sí No Si es sí, ¿cuánto? \$ _____

¿Hay gastos o necesidades adicionales usted quiere que consideremos al calcular su manutención de hijos? _____

Cantidad del gasto: \$ _____ ¿Cómo afecta a su capacidad para pagar manutención? _____

¿Hay otras circunstancias especiales que usted quiere que consideremos? _____

¿Hay información que usted puede proporcionar acerca del otro padre? _____

Si necesita más espacio para contestar alguna de estas preguntas, adjunte una hoja de papel por separado.

¿Está representado por un abogado para asuntos de manutención de hijos? Sí No

Si es sí, por favor proporcione el nombre del abogado y la información de contacto abajo.

Nombre del abogado _____ No. de teléfono _____ No. de fax _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

El Programa de Manutención de Hijos puede proveerle a usted información de formularios y otros avisos en su propio idioma de forma gratuita. Esto incluye Braille, impresión en letras grandes y el uso de intérpretes. Póngase en contacto con su oficina de manutención de hijos para recibir más información.

El Programa de Manutención de Hijos (CSP) provee servicios para el Estado de Oregon. No podemos representarlo ni darle asesoramiento legal. Usted puede hablar con su propio abogado en cualquier momento. Es posible que haya servicios legales disponibles a bajo costo. Para más información puede visitar el sitio web de CSP en oregonchildsupport.gov.

Division of Child Support
1162 COURT ST NE
SALEM OR 97301
Telephone: (503) 947-4388
FAX: (503) 947-2578
TTY: (800) 735-2900