

STATE OF OREGON, Programa de Manutención de Hijos, por el Administrador (ORS 25.010)
 Condado: _____ No. de Corte: _____ No. del CSP: _____
 Participantes: _____, Deudor
 _____, Acreedor
 _____, Otra parte (si lo hay)
 Hijos: _____,
 _____ (Niño que Asiste a la Escuela – si lo hay),
 _____ (Hijo Adulto – si lo hay)

Solicitud de Revisión a la Modificación, Cambio de la Custodia, Crédito en los Atrasos, o Terminación

Yo solicito al Oreogn Child Support Program (Programa de Manutención de Hijos de Oregon) revisar mi fallo de manutención por las razones que se indican a continuación.

Entiendo que esta solicitud puede cambiar el fallo debido a que el programa aplicará las normas actuales de manutención de hijos a mis circunstancias actuales. Esto puede resultar en cualquiera de los padres ser requerido 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]

Entiendo que si mi solicitud resulta en una acción legal, los documentos se me enviarán por correo regular a mi última dirección conocida. [ORS 25.527]

Estoy solicitando una revisión porque:

- Han pasado 35 meses o más desde que el fallo fue establecido o revisado.
- Mis circunstancias han cambiado, como se indica a continuación.

Marcar y completar todo lo que corresponda. Comprobante de cualquier cambio se debe proporcionar o la solicitud puede ser denegada. [OAR 137-055-3430]

<input type="checkbox"/>	He tenido un cambio significativo en mis ingresos brutos o he perdido mi trabajo permanentemente. Cuando se calculó el fallo por última vez, mi ingreso bruto fue de \$_____ por mes. Mi ingreso bruto es ahora \$_____ por mes.
<input type="checkbox"/>	Los ingresos brutos del otro padre han cambiado de manera significativa de \$_____ por mes cuando se calculó el fallo por última vez a \$_____ por mes.
<input type="checkbox"/>	La cobertura de atención médica privada ya está disponible, o el costo de la cobertura ha cambiado.
<input type="checkbox"/>	La cobertura de atención médica privada ya no está disponible porque:
<input type="checkbox"/>	Ha habido un cambio significativo en las necesidades de los niños. Explicar:

<input type="checkbox"/>	<p>Ha habido un cambio de la custodia para uno o más de los niños. Marcar todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> No quiero manutención de hijos del otro padre. Al elegir esta opción, entiendo que el programa no modificará el fallo para que el otro padre pague manutención por lo menos 35 meses, a menos que haya un cambio sustancial de las circunstancias.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero manutención de hijos del otro padre. Esta solicitud es mi solicitud para servicios de manutención de hijos.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero un crédito contra mis atrasos. Estoy pidiendo un crédito porque todos los hijos menores de edad han estado viviendo conmigo desde _____. [OAR 137-055-5510]</p> <p>Por favor explique las circunstancias del cambio de custodia:</p> <p>Incluya información adicional, o comprobante del cambio de custodia, con esta solicitud.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Los niños están emancipados legalmente. Explicar:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>El padre que adeuda manutención está encarcelado y no tiene activos o ingresos conocidos. Incluir la dirección postal actual para la instalación correccional y el número de identificación del prisionero:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Mis circunstancias financieras han cambiado. Explicar:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Ahora vivo con la otra parte, y estamos proporcionando manutención para los niños en nuestro hogar.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Tengo hijos que no fueron incluidos en el cálculo original. Enumerar sus nombres completos y fechas de nacimiento:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Ahora recibo <input type="checkbox"/> SSB, <input type="checkbox"/> SSD, <input type="checkbox"/> beneficios de VA, en la cantidad de \$_____ por mes. Mis hijos reciben \$_____ por mes de estos beneficios.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Solicito un crédito contra los atrasos de manutención de hijos para <input type="checkbox"/> SSB, <input type="checkbox"/> SSD, <input type="checkbox"/> beneficios de Veteranos, pagado de manera retroactiva a los niños en la cantidad de \$_____.</p>

Completar y devolver el adjunto Uniform Income and Expense Statement (UIES - Declaración Uniforme de Ingresos y Gastos) con esta solicitud. Envíe cualquier información adicional o comprobante del cambio con la UIES.

Si tiene un abogado que lo represente en cuestiones de manutención de hijos, proporcionar su nombre, dirección y número de teléfono:

Fecha	Firma	Nombre en letra de molde
No. de celular: _____	¿Textos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No. para dejar mensajes: _____
No. de teléfono de casa: _____	Correo electrónico: _____	

Domocilio	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Usaremos su dirección para enviarle documentos en el futuro. También puede aparecer en los documentos legales dados a la otra parte y en los registros de la corte. Si no desea que su dirección sea dada a lo otra parte o aparecer en los registros de la corte, por favor, póngase en contacto con nosotros.

Oregon Child Support Program
PO Box 14680
Salem OR 97309
Telephone: 800-850-0228
FAX: 503-986-6284
TTY: 800-735-2900

English	Need another language? Contact us.
French	<u>Avez-vous besoin d'une autre langue?</u> Communiquez avec nous.
German	Sie benötigen eine andere Sprache? Kontaktieren Sie uns.
Russian	Предпочитаете другой язык? Свяжитесь с нами.
Somali	Ma u baahan tahay luqad kale? Na la soo xiriir.
Spanish	¿Necesita otro idioma? Contáctenos.
Vietnamese	Quý vị có cần dùng ngôn ngữ khác không? Hãy liên lạc với chúng tôi.

El Programa de Manutención de Hijos 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 nuestro sitio web en OregonChildSupport.gov.

Condado:

No. de Corte:

No. del CSP:

Participantes: _____, Deudor

_____, Acreedor

_____, Otra parte (si lo hay)

Hijos: _____, _____ (Niño que Asiste a la Escuela – si lo hay), _____ (Hijo Adulto – si lo hay)

Declaración Uniforme de Ingresos y Gastos

Fecha _____ Firma _____ Nombre en letra de molde _____

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

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

Domocilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Usaremos su dirección para enviarle documentos en el futuro. También puede aparecer en los documentos legales dados a la otra parte y en los registros de la corte. Si no desea que su dirección sea dada a lo otra parte o aparecer en los registros de la corte, por favor, póngase en contacto con nosotros.

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		Si niño de 18, en la escuela secundaria	
		yo	Otro Padre	Otro (Nombre)	Sí	No	Sí	No

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

1. Preguntas de Jurisdicción (Sólo completar si un fallo de manutención no existe y el otro padre no reside en Oregon)

Esta información nos ayudará a decidir si el Estado de Oregon puede legalmente establecer un fallo de manutención contra la otra parte, o si se solicitará otra jurisdicción para establecer el fallo. Si responde sí a cualquiera de las primeras cuatro preguntas (1A-1D) para uno o más de los niños indicados anteriormente, por favor, continúe de completar el formulario entero y devolverlo a la oficina a continuación. Por favor enumere todos los niños para los cuales usted está respondiendo en el espacio en blanco para cada pregunta. Si responde no a todas las primeras cuatro preguntas (1A-1D) para todos los niños, por favor, también completar 1E y devolver este formulario a la oficina a continuación. Se puede necesitar diferentes documentos para solicitar a otra jurisdicción para establecer el fallo.

1A. ¿Fue su hijo (o hijos) concebido(s) en Oregon?

Sí, enumerar el(los) niño(s) No

_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)

1B. ¿Alguna vez vivió su hijo (o hijos) en Oregon con el otro padre?

Sí, enumerar el(los) niño(s) No

_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)

1C. ¿Vivió en Oregon el otro padre y pagó los gastos prenatales, los costos de parto, o la manutención para cualquiera de sus hijos?

Sí, enumerar el(los) niño(s) No

_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)
_____ (nombre) Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (MM/AA)

¿Cuáles gastos pagó el otro padre? _____

¿A quién pagó el otro padre? _____

1D. ¿Se mudaron para acá usted y cualquiera de sus hijos para estar con el otro padre?

Sí No

¿Le pidió el otro padre mudarse para acá? Sí No

1E. ¿Alguna vez ha recibido asistencia pública (en efectivo o beneficios médicos) en otra jurisdicción? _____

Sí, Dónde _____ (ciudad/condado) Cuándo _____ (mes/año) No

1F ¿Ya tiene usted un fallo de manutención para cualquiera de estos hijos? Sí No Si dijo sí,

explicar y **adjuntar** la copia más reciente de sus fallos, si está disponible: _____

Fallo de Manutención e Información de los niños

¿Ya tiene usted un fallo de manutención para estos hijos? Sí No Si dijo sí, explicar y **adjuntar** 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 dijo sí, **adjuntar** 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 dijo sí, enumerarlos a continuación.

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

Enumerar hijos biológicos y adoptados o hijastros que 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 _____

Empleo, Ingresos y Costos

¿Está usted empleado? Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

¿Cuántas horas trabaja usted por semana? _____ ¿Recibe usted constantemente salario para las horas extras? Sí No

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

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

¿Recibe usted reembolsos de gastos o concesiones para un coche, teléfono celular, vivienda, subsidios, o cualquier otro gasto que reducen sus gastos de vida? Sí No Si dijo sí, ¿cuánto por mes? \$ _____ **Adjuntar** comprobante que usted recibe reembolsos de gastos o concesiones.

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

Si dijo sí, indicar 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 se terminó su último trabajo? _____

¿Está usted empleado por cuenta propia? Sí No

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

Adjuntar 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 suplente.

Fuente: _____ Cantidad: \$ _____

Fuente: _____ Cantidad: \$ _____

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

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

Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas, enumerar el/los nombre(s) de los niños, fecha(s) de nacimiento y la cantidad que paga por su cuidado y **adjuntar** comprobante de los costos de cuidado de niños: (Incluir solamente los costos que usted paga fuera de su bolsillo.)

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

Cobertura de Atención Médica y Manutención Médica

¿Está usted pagando por su propia cobertura de atención médica? Sí No Si dijo sí, ¿qué es su costo mensual? \$ _____. **Adjuntar** comprobante de la cobertura que muestra su costo mensual.

¿Está la cobertura de atención médica disponible para sus hijos? Sí No Si dijo 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 la póliza: _____ No. del Grupo: _____ Fecha efectiva de la póliza: _____

Costo mensual por niño \$ _____ Nombre(s) del/de los niño(s) actualmente cubierto(s) por el seguro: _____

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

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

_____ Cantidad: \$ _____

_____ Cantidad: \$ _____

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

Otros Beneficios, Costos, o Gastos

¿Alguno de sus hijos reciben beneficios del Seguro Social o de Veteranos por la discapacidad o la jubilación de uno de los padres? 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 jubilación de uno de los padres

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

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

Si es así, ¿hasta dónde viaja? _____

¿Con qué frecuencia visita? _____

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

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

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

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

Adjuntar comprobante de la discapacidad (carta de adjudicación de la SSA, el diagnóstico de la discapacidad del doctor)

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

Si dijo sí, indicar los honorarios: _____

¿Tiene usted que pagar honorarios de la libertad condicional? Sí No Si dijo 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? _____

Información adicional

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

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

Si necesita más espacio para contestar cualquiera de estas preguntas, adjuntar una hoja de papel por separado

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

Si dijo sí, por favor, proporcione el nombre del abogado y la información de contacto a continuación.

Nombre del Abogado

No. de teléfono

No. de fax

Dirección

Ciudad/Estado

Código postal

English	Need another language? Contact us.
French	<u>Avez-vous besoin d'une autre langue?</u> Communiquez avec nous.
German	Sie benötigen eine andere Sprache? Kontaktieren Sie uns.
Russian	Предпочитаете другой язык? Свяжитесь с нами.
Somali	Ma u baahan tahay luqad kale? Na la soo xiriir.
Spanish	¿Necesita otro idioma? Contáctenos.
Vietnamese	Quý vị có cần dùng ngôn ngữ khác không? Hãy liên lạc với chúng tôi.

El Programa de Manutención de Hijos 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 nuestro sitio web en OregonChildSupport.gov.

Oregon Child Support Program
 PO Box 14680
 Salem OR 97309
 Telephone: 800-850-0228
 FAX: 503-986-6284
 TTY: 800-735-2900