



For Office Use Only:	
Date Sent	____/____/____
Date Received	____/____/____
Fee paid by:	<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> NCP <input type="checkbox"/> County CSE
How Paid:	<input type="checkbox"/> Cash/M.O. <input type="checkbox"/> Check # _____

APPLICATION FOR CHILD SUPPORT ENFORCEMENT (CSE) SERVICES DENVER COUNTY

SOLICITUD PARA SERVICIOS

DE CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE MENORES (CSE) CONDADO DE DENVER

GETTING STARTED/ EMPEZANDO

A \$20.00 non-refundable application fee (check or money order, exact cash if applying in person) is required to process this application. Please do not mail cash. If you have applied for or are receiving TANF or Medicaid this fee may not be required.

Un costo De \$20,00 no-reembolsable (cheque o giro postal, efectivo exacto si solicita en persona) es requerido para procesar la solicitud. Si usted ha solicitado o recibe TANF puede que este costo no sea requerido.

WHAT WE NEED FROM YOU / QUE NECESITAMOS DE USTED:

To start the process, please supply the following legal documents:

Para comenzar el proceso por favor de proveer los siguientes documentos legales que apliquen a su situación:

- 1. One (1) application for each non-custodial/custodial parent**
Una (1) solicitud por cada padre sin/con la custodia
- 2. Copy of state issued birth certificate and social security cards for all children**
Copia de Acta de Nacimiento del Estado y Tarjeta de Seguro Social de todos los Niños solicitando servicios
- 3. Provide copy of personal identification (i.e., driver’s license)**
Proveer copias de identificación personal (Ej. Licencia de Conducir)
- 4. A photo of the other parent, if available: it will be returned to you.**
Una fotografía de la otra parte, si disponible, se le regresara
- 5. Verification of your income (i.e., pay stubs, tax returns)**
Verificación de ingreso (Ej. Talones de cheques, regreso de impuestos)
- 6. Copy of marriage certificate (if not available, supply date of marriage and/or other evidence of martial status)**
Copia de Certificado de Matrimonio (Si no está disponible, proveer fecha de matrimonio y/ otra evidencia de estado civil)
- 7. Copy of Court orders signed by a judge or magistrate, (if not available supply date, county, state of filing and court case number)**
Copia de ordenes de tribunal firmadas por un juez o juez de instrucción, (si no están disponibles proveer fecha, condado, estado en cual se sometieron y número de caso de tribunal
 - **Petition and/or Divorce Decree and/or Separation Agreement**
Solicitud y/o Decreto de Divorcio, Acuerdo de Separación
 - **Paternity Orders**
Ordenes de Paternidad
 - **Certified Copy of Child and/or Spousal Support Order**
Copia Certificada de Orden de Manutención de Menores y/o Conyugal
 - **All modified orders**
Todas órdenes modificadas
 - **Allocation of Parental Responsibility Orders**
Asignación de las órdenes de Responsabilidades Paternales
 - **Probate Orders**
Órdenes de Validación de un Testamento
 - **Dependency and Neglect Orders**
Órdenes de Dependencia y Negligencia
 - **Adoption Orders**
Órdenes de Adopción
 - **Orders Terminating Parental Rights**
Órdenes de Terminación de Derechos Paternales

8. Complete payment records of all support paid to the custodial party directly or through a court, or a state disbursement unit.

Registro completo de todos pagos de manutención pagados a la parte con custodia directamente o a través del tribunal, o una unidad de desembolso del estado.

Note: Your application may be delayed if you do not provide the necessary documentation.

Nota: Se puede demorar su solicitud si usted no provee la documentación necesaria.

SERVICES PROVIDED BY CSE:

SERVICIOS PROPORCIONADOS POR CSE:

CSE is authorized by law to provide the following services:

CSE está autorizado por ley a proveer los siguientes servicios:

1. Establish child/medical support orders and paternity

Establecer órdenes de manutención de menores/medica y paternidad

2. Modify child/medical support orders

Modificar órdenes de manutención de menores/medica

3. Enforce child/medical support orders, including spousal maintenance when combined with child support

Hacer cumplir orden de manutención de menores/medica, incluyendo manutención conyugal cuando es combinada con la manutención de menores

4. Process payments through the Family Support Registry (FSR) once an FSR account number is assigned to you, you will be able to register on the CSE website www.childsupport.state.co.us to view your account information online.

Proceso de pagos a través del Registro de Asistencia Familiar (FSR); una vez asignado el número de cuenta del FSR usted podrá entrar en la página Web de CSE www.childsupport.state.co.us para ver su información de cuenta en la red.

5. Collect past due child support from the non-custodial parent's Federal and State tax refunds and lottery winnings.

Cobrar manutención de menores atrasada del padre sin la custodia reembolso de impuestos Federales Estatales y ganancias de loterías:

- **If an IRS intercept occurs, a \$25 fee will be deducted from the intercept**

Si una intercepción federal sucede, un costo de \$25 será descontado de la intercepción

- **Federal joint tax refunds can be held up to six (6) months**

Los reembolsos de impuestos federales en conjunto pueden ser retenidos hasta por seis (6) meses

- **Interest will not be paid on funds that are held**

No se pagaran intereses en los fondos retenidos

6. Collect past due child support from the non-custodial parent's through other enforcement measures.

Obtener manutención de menores retroactiva del padre sin custodia a través de otras medidas de esforzar

7. Ask another state's child support agency to establish, modify, or enforce an order on your behalf.

Solicitar a otra agencia de manutención de menores de otro estado que establezca, modifique, o que haga cumplir una orden de su parte.

Please read and initial each of the following statements by initialing each statement, you understand and agree:

Por favor de leer y poner sus iniciales en cada uno de las siguientes declaraciones. Al poner sus iniciales en cada declaración, usted comprende y está de acuerdo:

HOW WE WORK TOGETHER / COMO ES QUE TRABAJAMOS JUNTOS

INITIAL

INICIAL

___ **CSE represents the People of the State of Colorado. No attorney–client relationship or privilege exists between either party and the CSE staff.**

CSE representa al Pueblo del Estado de Colorado. Ninguna relación de abogado-cliente ni existe privilegio entre cualquiera parte y el personal de CSE

INITIAL

INICIAL

___ **CSE does not handle parental responsibility (custody), parenting time (visitation), or property settlement.**

CSE no maneja responsabilidades paternales (custodia), tiempo paternal (visitas), o convenio de propiedad

INITIAL

INICIAL

___ **CSE will not accept the application for services if all the children associated with the applicant are emancipated.**

CSE no aceptara la solicitud de servicios si todos los niños asociados con el solicitante son emancipados.

INITIAL

INICIAL

___ **CSE determines the appropriate actions to be used when providing services.**

CSE determina utilizar las acciones adecuadas al proveer servicios.

INITIAL

INICIAL

___ **If you believe that there is a change which could cause an adjustment to the amount of the order (e.g. financial, medical, etc.) you may submit a written request for a review.**

Si cree que hay un cambio que podría causar un ajuste a la cantidad de la orden (por ejemplo financiero, medico, etc.), puede someter una petición por escrito para una revisión

INITIAL

INICIAL

___ **A written request from the applicant to stop CSE services may be made. However, if you are receiving TANF or assigned arrears are owed, the case may remain open. CSE may also close your case by using criteria established by current state and federal regulations (e.g. not being able to locate you, if you do not supply a forwarding address, you do not provide required documents to take the next step to work your case, etc.)**

Una solicitud por escrita se puede someter por parte del solicitante para detener servicios de CSE. Pero, si usted esta recibiendo TANF o si se debe un balance atrasado asignado, puede que el caso permanezca abierto. CSE también puede cerrar su caso utilizando los criterios establecidos por regulaciones estatales y federales. (Por ejemplo no poder localizarlo, usted no provee una nueva dirección, usted no provee los documentos requeridos para dar el siguiente paso para trabajar su caso, etc.).

INITIAL

INICIAL

___ **Each individual county determines optional services. Inquire about these services that may be available in the county of application.**

Cada condado individualmente determina servicios opcionales, Pregunte acerca de servicios disponibles en su condado

YOUR RESPONSIBILITIES

SUS RESPONSABILIDADES

INITIAL

INICIAL

___ **You are the best source of information regarding the other party. The information you provide may help in the progress of your case. There may be a delay in the progress of your case due to lack of information and/or involvement with another state.**

Usted es la mejor fuente de información con respecto a la otra parte. La información que usted proporcione puede Ayudar en el progreso de su caso, Puede haber una demora en su caso debido a carencia de información y/o Involucramiento de otro estado.

INITIAL

INICIAL

___ **You are required to cooperate with CSE in the processing of your case. Failure to do so may result in closure**

Su cooperación es requerida con CSE para proceder con su caso. Falta de puede resultar en clausura de su caso

INITIAL

INICIAL

___ **If you are a caretaker/relative (e.g. grandparent, aunt, uncle, adult sibling or Stepparent etc) you are required to open a child support case against both biological parents. CSE will not close only one of the two cases against the biological parents at your request.**

Si usted es el encargado/un pariente (Ej. abuelo, tía, tío, hermano mayor, padrastro, etc.) Es requerido abrir un caso de manutención de menores contra ambos padres biológicos. CSE no puede cerrara solo uno de los casos contra los padres biológicos por su petición.

INITIAL

INICIAL

___ **You may be required to complete and sign an affidavit agreeing to the amount of child support arrears owed (if there is a current child support order).**

Se le requiere completar y firmar affidavit acordando la cantidad debida de manutención de menores retroactiva (si es que hay una orden actual de manutención de menores)

INITIAL

INICIAL

___ **If you have special needs or need special accommodations under the American Disabilities Act, contact the county of application.**

Si usted tiene necesidades especiales o necesita especiales alojamientos bajo el Acto de Discapacidades de América, contacte al condado en donde usted esta solicitando.

INITIAL

INICIAL

___ **You must notify CSE office in writing if any of the following changes occur. Failure to do so may result in child support payments or medical support payments.**

Usted tiene que notificar CSE por escrito si cualquiera de los siguientes cambios ocurre. Fallar de hacerlo puede resultar en la discontinuación de sus pagos de manutención de menores o soporte medico.

1. Change to your Legal name, residence/ mailing address, telephone or contact numbers, place of employment, or health insurance, or if you know of changes about the other party

Cambio de nombre legal, la residencia/dirección de envío, números de teléfono o contacto, el lugar de empleo, o del seguro medico, o si sabe de cambios acerca de la otra parte.

2. If child support payments are made directly to the custodial party instead of to the FSR.

Si pagos directos son dados a la parte con la custodia en ves del FSR

3. When a child no longer lives with the custodial party.

Cuando el menor no vive más con la parte con la custodia

4. If parenting time (visitation) changes for longer than one month

Si tiempo paternal (visitas) cambia por más de un mes

5. If you retain a private attorney or private collection agency regarding child support, parenting time (visitation) or parental responsibility (custody)

Si usted retiene un abogado privado o agencia de cobranzas privada sobre la manutención de menores, tiempo paternal (visitas) o responsabilidades paternas (custodia)

6. If an action has been filed with a court that CSE was not involved with (e.g. separation, divorce, parental responsibility, etc.)

Si una solicitud se ha presentado al tribunal que CSE no fue involucrado (Ej. Separación, divorcio, responsabilidades paternas...)

INITIAL

INICIAL

___ **Arrears owed to the custodial party will be paid before TANF arrears are paid to the State of Colorado, unless there is a Federal tax intercept.**

Pagos atrasados debidos a la parte con la custodia son pagados antes que se paguen la deuda de TANF al Estado de Colorado., al menos que exista una intersección de reembolso de impuestos.

INITIAL

INICIAL

___ **If a payment is sent in error or is unfunded (i.e., bounced check), it is your responsibility to pay back the unfunded amount. You may repay in full, or CSE will deduct 10% or \$10.00 (whichever is greater) from each payment received until the balance is paid in full. The non-custodial parent will still owe the unfunded amount.**

Si un pago se envía en error o sin fondos(es decir cheque sin fondo), es su responsabilidad para reembolsar la cantidad sin fondo. Usted puede compensar por completo... CSE puede deducirá el 10% o \$10.00 (cualquiera es mayor) de cada pago recibido hasta que el balance se pague por completo. El padre sin custodia todavía deberá la cantidad sin fondo.

INITIAL

INICIAL

___ **Once a Family Support Registry (FSR) account number has been assigned, sending or receiving direct payments may result in case closure.**

Note: the FSR is the central payment processing center in Colorado.

Al asignarle un número de cuenta del Registro de Asistencia Familiar (FSR), enviar o recibir pagos directamente puede resultar la clausura del caso. Nota: el FSR es el centro de proceso central del pagos en Colorado.

INITIAL

INICIAL

___ **Federal law requires CSE to withhold \$25.00 one time each year from the child support collected on a nonpublic assistance case, if over \$500.00 is collected during that year.**

Ley Federal requiere que CSE retenga \$25.00 una vez cada año de lo colectado de manutención de menores en casos de no asistencia pública, si más de \$500.00 son colectados durante el año.

The provision of your Social Security Number/SSN is mandatory (§42 U.S.C. 666(a)(13)). However, if you do not have an SSN, your application for services will not be denied. SSN's are used by the CSE Program to locate individuals to establish paternity or support obligations, modify and enforce support obligations and to distribute child support payments.

La provisión de su número de seguro social/SSN es obligatorio (§42 U.S.C. 666(a)(13)). Pero, si usted no tiene un SSN, su solicitud para servicios no será negada. SSNs son usados por el programa de CSE para localizar individuos para establecer paternidad o obligaciones de manutención, modificar o hacer cumplir obligaciones de manutención o para distribuir pagos de manutención de menores.

Confidentiality laws protect all information provided to CSE. CSE offices throughout the United States and some countries have access to this information through State and Federal Child Support Case Registries. If family/domestic violence is an issue, you must alert CSE to further safeguard this information.

Leyes de confidencialidad protege toda información proveída a CSE. Las oficinas de CSE a través de los Estados Unidos y algunos países tienen acceso ha esta información a través del Registros de Caso de Manutención de Menores Estatal y Federal. Si violencia familiar/domestica es un problema, usted tiene que alertar a CSE para aun más garantizar esta información y una orden adicional del tribunal pueda que sea necesaria.

Print Legal Name _____

Escribir Nombre Legal

Signature of applicant _____ **Date** _____

Firma del Solicitante

Fecha

For more child support information and additional forms you may visit our website at

www.childsupport.state.co.us

Para más información de manutención de menores y formularios adicionales usted puede visitar nuestra página Web:

www.Childsupport.state.co.us

CUSTODIAL PARTY (CP) INFORMATION:
INFORMACIÓN DE LA PARTE CON LA CUSTODIA (CP):

Legal Name: _____
Nombre Legal Last/Apellido First/Primer Middle/Segundo Maiden /Other /Soltero/Otro

Social Security #: _____ **Date of Birth:** _____ **Gender:** M F
Seguro Social Fecha de Nacimiento Género H M

Place of Birth: _____
Lugar de Nacimiento City/ciudad State/Estado County/Condado

Residence address: _____
Dirección de Domicilio: Street/Calle Apt./Unit City/Ciudad State/Estado Zip/Código

Mailing address (if different): _____
Dirección de Correo (si es diferente):

Phone Numbers:
Número de Teléfonos:
Home _____ **Work** _____ **Cell** _____ **Fax** _____
Hogar Trabajo Celular

Message # _____ **Email** _____
Mensaje # Correo Electrónico

Employer and/or Union: _____
Trabajo y/o Sindicato Name/Nombre

Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **Zip/Código Postal** _____
Occupation or Trade _____
Ocupación u Oficio

Is it okay to make contact at work? Yes No **Work Schedule:** _____
¿Podemos contactarle en su trabajo? Si No Horario de Trabajo

Relationship to the child(ren): Mother Father Other, explain _____
Relación con el niño(s): Madre Padre Otro explicar

When was custody of the child(ren) obtained? _____
¿Cuándo se obtuvo la custodia del niño(s)?

What was the situation (leading to obtaining custody)? _____
¿Cuál era la situación (que lo llevo ha obtener la custodia)?

Is there currently an attorney involved in this child support case? Yes No
¿Hay presentemente un abogado involucrado en este caso de manutención de menores? Si No

If yes: Attorney's: _____
Si lo hay: Abogado: Name/Nombre

Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código** _____ **Telephone/Teléfono** _____

Have the child(ren) received public assistance? Yes No **Type received:** TANF Medicaid Foster Care
¿Ha recibido el niño(s) asistencia pública? Si No tipo recibido TANF Medicaid Hogar adoptivo

What County/State _____ **Begin/End Date** _____
Cual Condado/Estado Fecha de Comienzo/Terminado

If you are the mother, are you pregnant? Yes No **If yes: What is the due date?** _____
Si usted es la madre, ¿está usted embarazada? Si No Si es si: ¿Fecha de parto?

Who is the father? _____
¿Quién es el padre?

Emergency Contact (if CP can't be reached): _____
Contacto de Emergencia (si CP no puede ser contactado) Name/Nombre

Address/Dirección _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip /Código** _____ **Telephone/Teléfono** _____

NON-CUSTODIAL PARENT (NCP) INFORMATION:
INFORMACIÓN DEL PADRE SIN-LA CUSTODIA (NCP):

Legal Name: _____
Nombre Legal Last/Apellido First/Primer Middle/Segundo Maiden /Other /Soltero/Otro

Relationship to the child (ren): Mother Father Alleged Father (paternity no established)
Relación con el niño(s): Madre Padre Presunto Padre (Paternidad no establecida)

Social Security #: _____ **Date of Birth:** _____ **Gender:** M F
Seguro Social Fecha de Nacimiento Género H M

Place of Birth: _____
Lugar de Nacimiento City/Ciudad State/Estado County/Condado

Current or Last Known residence address: _____
Dirección de residencia Actual o Última: Street/Calle Apt./Unit
(Circle one) / (Marque uno)

City/Ciudad State/Estado Zip/Código postal

Mailing address (if different): _____
Dirección de Correo (si es diferente)

Phone Numbers/Número de Teléfonos:
Home _____ **Work** _____ **Cell** _____ **Fax** _____
Hogar Trabajo Celular

Message # _____ **Email** _____
Mensaje Correo electrónico

Employer and/or Union: _____
Trabajo y/o Sindicato Name/Nombre

Address/Dirección City/Ciudad Zip/Código Postal

Occupation or Trade _____
Ocupación u Oficio

Physical Description: Height _____ **Weight** _____ **Hair Color** _____ **Eye Color** _____
Descripción Física Estatura Peso Color de Cabello Color de Ojo

Identifying Marks (i.e., scars, tattoos, piercing ...) _____
Marcas de identificación (ej. cicatrices, tatuajes, aretes...)

Race: Caucasian African American Hispanic Asian Other _____
Raza Blanco Africano Americano Hispano Asiático Otro

In prison? Yes No **Date of release** _____
¿En prisión? Si No Fecha de liberación

Which facility? _____ **DOC#** _____
¿En cuál instalación? # De DOC

In the military? Yes No **Branch** _____
¿En el Ejército? Si No Ramificación

Disabled? Yes No **If yes, receive Social Security?** Yes No
¿Discapacitado? Si No si es si, ¿recibe Seguro Social? Si No

List any assets (i.e., real estate, bank accounts, and license to work a profession ...)
Inscriba cualquier recurso (ej. Bienes raíces, cuentas bancarias, y licencias para trabajar una profesión...)

List any vehicle(s)? (Model, make, year and color) _____
¿Inscriba los vehiculo(s)? (Modelo, Marca, año y color)

Driver's License Number: _____ **State:** _____
Número de Licencia de Conducir Estado

List any other biological child(ren)? _____
¿Inscriba si tiene niño(s) biológicos?

Child(ren)'s other biological parent _____
El otro padre del niño(s) biológico

NCP's Mother's information: _____
Información de la Madre del NCP

Name/Nombre	Address/Dirección	Telephone/Teléfono
-------------	-------------------	--------------------

NCP's Father's information: _____
Información del Padre del NCP

Name/Nombre	Address/Dirección	Telephone/Teléfono
-------------	-------------------	--------------------

Is there any other information that may help us locate the other party? _____
¿Hay alguna otra información que los puede ayudar para localizar a la otra parte?

Emergency Contact (if NCP can't be reached): _____
Contacto de Emergencia (si no se puede contactar al NCP) Name/Nombre

Address/Dirección City/Ciudad State/Estado Zip/Código Telephone/Teléfono

CHILD(REN)'S INFORMATION: INFORMACIÓN DEL NIÑO(S):

	Child/Niño 1	Child/Niño 2	Child/Niño 3
Legal Name <i>Nombre Legal</i>			
Gender (M or F) <i>Género (H o M)</i>			
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>			
Social Security Number <i>Número de Seguro Social</i>			
City & State of Birth <i>Ciudad & Estado de Nacimiento</i>			
State or Country of Conception <i>Estado o País, donde fue concebido el niño</i>			
Who are listed as parents on Birth Certificate? <i>¿Quiénes están registrados como los padres en el Acta de nacimiento?</i>			
Child Support Order # County and State <i># de orden de Manutención de Menores Condado Y Estado</i>			
	Child/Niño 4	Child/Niño 5	Child/Niño 6
Legal Name <i>Nombre Legal</i>			
Gender (M or F) <i>Género (H o M)</i>			
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>			
Social Security Number <i>Número de Seguro Social</i>			
City & State of Birth <i>Ciudad & Estado de Nacimiento</i>			
State or Country of Conception <i>Estado o País, donde fue concebido el niño</i>			
Who are listed as parents on Birth Certificate? <i>¿Quiénes están registrados como los padres en el Acta de nacimiento?</i>			
Child Support Order # County and State <i># de orden de Manutención de Menores Condado Y Estado</i>			

PARENT RELATIONSHIP STATUS

Statu de Relación de los Padres

Were the parents of the child(ren) ever married? Yes No **Date of Marriage** _____

¿Estuvieron los padres del niño(s) alguna vez casados? Si No Fecha de Matrimonio

Date Separated _____ **Date Divorced** _____ **In what city, county and state?** _____

Fecha de separación Fecha de Divorcio ¿En que Ciudad, Condado y Estado?

Date of last contact with other parent _____

Fecha del último contacto con el otro padre

If paternity has been established, how? Genetic Testing Acknowledgement of Paternity Court

Si se ha establecido la paternidad, ¿Cómo? Pruebas Genéticas Reconocimiento de Paternidad Tribunal

Did this person ever live with the child (ren) in the State of Colorado? Yes No

¿Vivió alguna vez esta persona con el niño(s) en el Estado de Colorado? Si NO

When and where? _____

¿Cuándo y donde?

Is domestic violence a concern? Yes No

¿Es violencia doméstica una preocupación? Si No

Is there a restraining order? Yes No

¿Existe una orden de restricción? Si No

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

A copy of the benefit card used to process medical claims MUST be provided.

Una copia de la tarjeta de beneficios para procesar reclamos médicos TIENE que ser proveída.

Is your child(ren) on MEDICAID? Yes No

¿Está su niño(s) en MEDICAID? Si No

Does your child (ren) have health insurance coverage other than Medicaid? Yes No

¿Tiene su niño(s) cobertura de seguro medico más de Medicaid? Si No

If yes, name of child(ren) covered by other insurance: _____

Si es si, nombre del niño(s) que está bajo la cobertura de seguro

Other insurance company's information:

Información de la otra compañía de seguro

• **Name/Nombre:** _____

• **Address/Dirección:** _____

• **Telephone Number/Número de Teléfono:** _____

• **Policy Number/Número de Póliza:** _____

• **Group Number/Número de Grupo:** _____

• **Date Insurance began/Fecha de comienzo del Seguro:** _____

• **Type of Coverage(s) Provided:** Medical Dental Vision Other _____

Tipo de Cobertura(s) Proveídas Médica Dental Visión Otro

Who provides other insurance coverage? *Quien provee la cobertura de seguro:*

• **Name/Nombre:** _____

• **Social Security Number/Número de Seguro Social:** _____

• **Relation to the covered child(ren)/Relación al niño(s) que está bajo la cobertura:** _____

• **Address/Dirección:** _____

Street/Calle City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

• **Telephone numbers/Número de Teléfonos:** _____

Work/Trabajo Home/Hogar Cell/Celular Message/Mensaje

AFFIDAVIT OF ARREARS /DIRECT PAYMENTS
Affidávit de pagos Atrasados/Directos

Payment History for Noncustodial Parent (NCP) (starting with most recent month)
Historiado de Pagos del Padre sin la Custodia (NCP) (Comenzando con el mes más reciente)

NCP's Name/Nombre del NCP: _____

YEAR/Año: _____			YEAR/Año: _____			YEAR/Año: _____		
Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada
Jan/En			Jan/En			Jan/En		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Apr/Ab			Apr/Ab			Apr/Ab		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Aug/ag			Aug/ag			Aug/ag		
Sept			Sept			Sept		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dec			Dec			Dec		
Total			Total			Total		
YEAR/Año: _____			YEAR/Año: _____			YEAR/Año: _____		
Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada
Jan/En			Jan/En			Jan/En		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Apr/Ab			Apr/Ab			Apr/Ab		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Aug/ag			Aug/ag			Aug/ag		
Sept			Sept			Sept		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dec			Dec			Dec		
Total			Total			Total		

Declaration: I declare under penalty of perjury the information I have provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief and the statements contained herein are made for the purposes stated herein including, but not limited to, obtaining assistance in paternity and order establishment, and the enforcement and distribution of child support. By signing this application, I acknowledge the responsibilities as listed and agree to the services the Child Support Enforcement Program provides.

Declaración: Declaró bajo castigo de perjurio la información que yo he proveído en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi sabiduría y creencia y que declaraciones contenidas en la presente son hechas con el propósito indicado presentemente incluyendo, pero sin limitar ha, obtener asistencia en paternidad y establecer ordenes, y hacer cumplir y distribuir la manutención de menores. Al firmar esta solicitud, reconozco las responsabilidades inscritas y estoy de acuerdo con los servicios Proveídos por el Programa de Hacer cumplir la Manutención de Menores.

Name of Applicant (please print)/Nombre del Solicitante (en molde) _____

Signature of Applicant/Firma Del Solicitante _____ Date/Fecha _____

Signed before me/Firmado ante mi _____

Notary Public _____ My Commission expires _____
Notario Publico _____ Mi Comisión Expira _____



AFFIDAVIT OF PREVIOUS PUBLIC ASSISTANCE
Affidávit de Previa Asistencia Pública

Date/Fecha: _____

Custodial Party Name (print): _____

Nombre del Padre con La custodia (Letra de Molde)

SS#/Número de Seguro Social: _____ **Provision of your SS# is voluntary. However, if you fail to provide your SS#, we will not be able to process your affidavit. Your SS# will be used to ensure that your affidavit is properly updated to your case so that a \$25 service is not charged on your case.**

Proveer su número de seguro social es voluntario. Pero, si usted fallad en proveer su número de seguro social, nosotros no podremos procesar su affidavit. Su número de Seguro Social será utilizado para asegurarse en su affidavit es actualizado adecuadamente en su caso de tal modo que los \$25 de servicio no es cobrado en su caso.

Non-Custodial Parent Name (print): _____

Nombre del Padre sin la custodia (letra de molde)

Custodial Party Address/ Dirección de la parte con la custodia: _____

Re: Self Authenticating Affidavit/ Affidávit de Propia Autenticidad

Federal and State laws require state Child Support Enforcement offices to collect an annual \$25 fee for child support cases meeting the following conditions:

Leyes Federales y Estatales requiere oficinas estatales de Cumplimiento de Manutención de Menores coleccionar un costo de \$25 para los casos de manutención de menores que reúnen las siguientes condiciones:

- 1. The custodial party has never received cash public assistance (AFDC or TANF) from Colorado or any other state. TANF or AFDC cash assistance does NOT include Food Stamps, WIC, child care, Medicaid, and/or Kid Care;**
La parte con la custodia nunca ha recibido asistencia pública en efectivo (AFDC o TANF) de Colorado o ningún otro estado asistencia de efectivo de TANF o AFDC NO incluye Talones de Estampillas Alimenticias, WIC, Cuidado Infantil, Medicaid, y/o Cuidado Infantil:
- 2. The custodial party has received at least \$500 in child support payments during the current federal fiscal year. The federal fiscal year starts October 1 and continues until September 30 of the following calendar year.**
La parte con la custodia ha recibido por lo menos \$500 en pagos de manutención de menores durante el actual año fiscal federal. El año fiscal federal comienza el 1 de octubre y continúa hasta el 30 de septiembre del siguiente año en el calendario.

To aid us in determining if your case(s) should be assessed the \$25 fee, please answer the following questions:

Para evitamos en determinar si a su caso(s) se le debe aumentar el costo de \$25, por favor conteste las siguientes preguntas:

Have you ever received TANF or AFDC case assistance from Colorado or any other state? TANF or AFDC cash assistance does NOT include Food Stamps, WIC, child care, Medicaid, and/or Kid Care.

¿Ha recibido alguna vez un caso de TANF o AFDC en Colorado o cualquier otro estado?

TANF o AFDC NO incluye Talones de Estampillas Alimenticias, WIC, Cuidado Infantil, Medicaid, y/o Cuidado Infantil:

_____ **Yes, I have received TANF or AFDC cash assistance in the state of _____,**

Sí, he recibido TANF o AFDC asistencia en efectivo en el estado de

from _____ (date) to _____ (date).
Desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha).

I certify under penalty of perjury and pursuant to the laws of the State of Colorado that the preceding is true and correct.

Certifico bajo castigo de perjurio y de acuerdo a las leyes del Estado de Colorado que lo anterior es correcto y verdadero.

Signature: _____ Date: _____

Firma

Fecha

INCOME & EXPENSE AFFIDAVIT/Affidávit de Ingreso y Gastos

Name/Nombre: _____ SSN/Nº de Seguro Social _____			
Address/Dirección: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____			
City _____ <small>Ciudad</small>	State _____ <small>Estado</small>	Zip _____ <small>Código Postal</small>	Phone _____ <small>Teléfono</small>
Identify your employer in box below. If you are not currently employed provide information about your most recent employer. Show your hourly wage or monthly income at the time your job ended. <i>Identifique su empleo en la siguiente caja. Si usted no está trabajando en el presente proveer información sobre su más reciente empleo. Muestre su sueldo por hora o ingreso mensual del momento que término el empleo.</i>			
<p>1. Monthly Gross Income: (HOURLY WAGE = \$ _____) \$ _____ per month Ingreso bruto mensual: (Salario por hora) _____ por mes (Include income from salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest trust income, Social Security benefits, worker's compensation benefits, independent contract payments, self-employment, proprietorship of a business, business draw, rental income, unemployment insurance, disability benefit payments and in-kind payments such as free rental or meals.) Attach pay-stubs and most recent year's I.R.S. income tax return including Form 1040 and all attachments submitted with it to the I.R.S. <i>(Incluir ingresos de salarios, salarios, beneficios de comisiones, bonificaciones, dividendos, pensiones, ingreso de interés de inversiones, beneficios de Seguro Social, beneficios compensación de trabajadores, pagos de contratos independientes, trabajador con cuenta propia, ingreso de ser propietario de un negocio, de la participación de un negocio, ingreso de renta, seguro de desempleo, pagos de beneficios de discapacidad y todo tipos de pagos tales como alimentación y renta gratis.) Poner en conjunto talones de cheques y el regreso de impuestos de I.R.S más reciente incluyendo el Formulario 1040 y todos los formularios sometidos con el I.R.S</i></p> <p>A. Pre-existing court-ordered child support paid by you monthly \$ _____ <i>Orden de manutención de menores previamente ordenada por el tribunal pagada por usted mensualmente.</i></p> <p>B. Court-ordered spousal support paid by you monthly \$ _____ <i>Manutención conyugal ordenado por le tribunal pagado mensualmente por usted.</i></p> <p>2. MONTHLY ADJUSTED GROSS INCOME/ Ingreso bruto regular mensual \$ _____</p> <p>3. Number of all children whom you are legally obligated to support (not including step children) and there is no court-ordered child support obligation. Attach birth certificates showing your parenthood. _____ <i>Número de niños de quien usted es legalmente responsable de mantener (no incluya hijastros) Y no hay orden del tribunal de obligación de menores. Ponga en conjunto actas de nacimiento para mostrar la paternidad.</i></p> <p>4. Number of overnights the children in this matter spend with you each year as stated in your custody or visitation court order (if ordered) _____ <i>Números de noches que los niños de esta acción se quedan con usted cada año como se indica el la orden de custodia o de visitas del tribunal (si hay tal orden)</i></p>			

5. CREDITS PERMITTED BY COLORADO CHILD SUPPORT GUIDELINES

Créditos Permitidos por las Normas de Manutención de Menores de Colorado

A. Monthly Amount of work-related Child Care costs—monthly average.

Attach proof.

\$ _____

Cantidad de promedio Mensual de Costo de Cuidado Infantil (Guardería) relacionado con el trabajo entregué comprobantes en conjunto.

B. Extraordinary Medical Expenses—monthly average. Attach proof (include uninsured expenses costing over \$100.00 monthly for the children of this matter only).

\$ _____

Promedio-Mensual de Gastos Extraordinarios Médicos. Entregué comprobantes en conjunto (incluyendo gastos no pagados por el seguro costando más de \$100.00 al mes por los niños en este caso solamente).

C. Medical and/or Dental insurance payment—monthly average (include amount paid monthly for children of this matter only).

Attach proof of enrollment and of cost

\$ _____

Promedio- mensual de pagos de seguro Medico y/o Dental (incluya la cantidad pagada mensual por los niños de este caso solamente). entregue en conjunto comprobantes de matricula y de costo

I affirm this information is true and complete to the best of my knowledge: _____

Afirmo que esta información es verdadera y completa a lo mejor de mi sabiduría **Signatura/Firma**

Signed before me _____

Firmado ante mi

Notary Public _____

Notario Público

My Commission expires _____

Mi Comisión expira