

Cuestionario de Padre Con Custodia/Sin Custodia

Usted debe completar y devolver este paquete

Estas preguntas son personales, pero *aún se le exige que las responda*. Si usted no es el padre biológico, respóndalas hasta donde sea posible.

Una vez haya completado este formulario, devuélvalo a: Hamilton County CSEA, 222 E. Central Parkway, Cincinnati, OH 45202

Su Información

Nombre:	Inicial 2do. Nombre:	Apellido:	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Su dirección (incluir ciudad, estado, y código postal)			No. de Teléfono	Parentesco con el niño: <input type="checkbox"/> Padre biológico; <input type="checkbox"/> Padre no biológico; <input type="checkbox"/> Cuidador/Tutor legal	
¿El (Los) niño(s) vive(n) con usted? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, Si la respuesta es No, ¿con quién y dónde vive(n) el (los) niño(s)?					
Si es menor de 18 años de edad, usted debe entregar el nombre y dirección de su(s) padre(s)/tutor.					
Nombre y Dirección de Su Padre:		Nombre y Dirección de Su Padre:		Nombre y Dirección de Su Tutor:	

Información del (de los) Niño(s) – Adjunte cuestionarios adicionales en caso de que sea necesario. Si las tiene, por favor proporcione una copia de cada acta de nacimiento de cada niño.

Nombre, 2do. Nombre, Apellido del Niño No. 1 : (como se clasifica en el acta de nacimiento)	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> F	Hospital donde nació
Estuvo usted embarazada 9 meses de este niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no lo estuvo, ¿cuál fue la última fecha prevista que se le dio?	¿El niño fue concebido o nació durante un matrimonio legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿Usted se embarazó en Ohio? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿dónde se embarazó?	
Use el gráfico en la hoja de instrucciones para responder esta sección Durante los meses de _____, _____ (mes de embarazo), y _____, ¿usted tuvo relaciones sexuales con algún hombre que no haya sido el supuesto padre? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, proporcione su(s) nombre(s).			¿Alguna vez ha vivido con el padre no biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?	
¿Esta persona cree que es el padre? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿Por qué?	¿Podría alguna otra persona ser el padre biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere su(s) nombre(s) y dirección (direcciones). (Deben completarse algunos cuestionarios adicionales por cualquier hombre mencionado).			
¿El tribunal o agencia en otro estado o en el condado de Ohio descubrió que una persona es el padre del niño o estableció una orden de apoyo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?	¿El padre no biológico le ha otorgado algún otro tipo de ayuda? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál?			
¿Su niño recibe algún beneficio del Seg. Soc.? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$ _____	¿Alguna vez ha tenido una prueba de ADN con alguien por este niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) era(n) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) sin custodia y cuáles fueron los resultados?			
Nombre, 2do. Nombre, Apellido del Niño No. 2: (como se especifica en el acta de nacimiento)	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> F	Hospital donde nació
Estuvo usted embarazada 9 meses de este niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no lo estuvo, ¿cuál fue la última fecha prevista que se le dio?	¿El niño fue concebido o nació durante un matrimonio legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿Usted se embarazó en Ohio? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿dónde se embarazó?	
Use el gráfico en la hoja de instrucciones para responder esta sección Durante los meses de _____, _____ (mes de embarazo), y _____, ¿usted tuvo relaciones sexuales con algún hombre que no haya sido el supuesto padre? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, proporcione el (los) nombre(s) del (de los) hombre(s).			¿Alguna vez ha vivido con el padre no biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?	
¿Esta persona cree que es el padre? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿Por qué?	¿Podría alguna otra persona ser el padre biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere su(s) nombre(s) y dirección (direcciones). (Deben completarse algunos cuestionarios adicionales por cualquier hombre mencionado).			
¿El tribunal o agencia en otro estado o en el condado de Ohio descubrió que una persona es el padre del niño o estableció una orden de apoyo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?	¿El padre no biológico le ha otorgado algún otro tipo de ayuda? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál?			
¿Su niño recibe algún beneficio del Seg. Soc.? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$ _____	¿Alguna vez ha tenido una prueba de ADN con alguien por este niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) era(n) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) sin custodia y cuáles fueron los resultados?			

Otros niños con los mismos padres biológicos

Información del (de los) Niño(s)-Si las tiene, por favor proporcione una copia de cada acta de nacimiento de cada niño.

Nombre, 2do. Nombre, Apellido del Niño: (como se especifica en el acta de nacimiento)	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> F	Hospital donde nació
Estuvo usted embarazada 9 meses de este niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no lo estuvo, ¿cuál fue la última fecha prevista que se le dio?	¿El niño fue concebido o nació durante un matrimonio legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿Usted se embarazó en Ohio? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿dónde se embarazó?	
Use el gráfico en la hoja de instrucciones para responder esta sección Durante los meses de _____, _____ (mes de embarazo), y _____, ¿usted tuvo relaciones sexuales con algún hombre que no haya sido el supuesto padre? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, proporcione su(s) nombre(s).			¿Alguna vez ha vivido con el padre no biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?	
¿Esta persona cree que es el padre? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿Por qué?	¿Podiera alguna otra persona ser el padre biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere su(s) nombre(s) y dirección (direcciones). (Deben completarse algunos cuestionarios adicionales por cualquier hombre mencionado).			
¿El tribunal o agencia en otro estado o en el condado de Ohio descubrió que una persona es el padre del niño o estableció una orden de apoyo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?	¿El padre no biológico le ha otorgado algún otro tipo de ayuda? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál?			
¿Su niño recibe algún beneficio del Seg. Soc.? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$ _____	¿Alguna vez ha tenido una prueba de ADN con alguien por este niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) era(n) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) sin custodia y cuáles fueron los resultados?			
Nombre, 2do. Nombre, Apellido del Niño: (como se especifica en el acta de nacimiento)	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> F	Hospital donde nació
Estuvo usted embarazada 9 meses de este niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no lo estuvo, ¿cuál fue la última fecha prevista que se le dio?	¿El niño fue concebido o nació durante un matrimonio legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿Usted se embarazó en Ohio? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿dónde se embarazó?	
Use el gráfico en la hoja de instrucciones para responder esta sección Durante los meses de _____, _____ (mes de embarazo), y _____, ¿usted tuvo relaciones sexuales con algún hombre que no haya sido el supuesto padre? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, proporcione su(s) nombre(s).			¿Alguna vez ha vivido con el padre no biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?	
¿Esta persona cree que es el padre? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿Por qué?	¿Podiera alguna otra persona ser el padre biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere su(s) nombre(s) y dirección (direcciones). (Deben completarse algunos cuestionarios adicionales por cualquier hombre mencionado).			
¿El tribunal o agencia en otro estado o en el condado de Ohio descubrió que una persona es el padre del niño o estableció una orden de apoyo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?	¿El padre no biológico le ha otorgado algún otro tipo de ayuda? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál?			
¿Su niño recibe algún beneficio del Seg. Soc.? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$ _____	¿Alguna vez ha tenido una prueba de ADN con alguien por este niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) era(n) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) sin custodia y cuáles fueron los resultados?			
Nombre, 2do. Nombre, Apellido del Niño: (como se especifica en el acta de nacimiento)	FdN:	No. Seg. Soc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> M; <input type="checkbox"/> F	Hospital donde nació
Estuvo usted embarazada 9 meses con este niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no lo estuvo, ¿cuál fue la última fecha prevista que se le dio?	¿El niño fue concebido o nació durante un matrimonio legal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		¿Usted se embarazó en Ohio? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿dónde se embarazó?	
Use el gráfico en la hoja de instrucciones para responder esta sección Durante los meses de _____, _____ (mes de embarazo), y _____, ¿usted tuvo relaciones sexuales con algún hombre que no haya sido el supuesto padre? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, proporcione su(s) nombre(s).			¿Alguna vez ha vivido con el padre no biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuándo y dónde?	
¿Esta persona cree que es el padre? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿Por qué?	¿Podiera alguna otra persona ser el padre biológico del niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere su(s) nombre(s) y dirección (direcciones). (Deben completarse algunos cuestionarios adicionales por cualquier hombre mencionado).			
¿El tribunal o agencia en otro estado o en el condado de Ohio descubrió que una persona es el padre del niño o estableció una orden de apoyo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?	¿El padre no biológico le ha otorgado algún otro tipo de ayuda? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál?			
¿Su niño recibe algún beneficio del Seg. Soc.? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? \$ _____	¿Alguna vez ha tenido una prueba de ADN con alguien por este niño? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) era(n) el (los) nombre(s) del (los) padre(s) sin custodia y cuáles fueron los resultados?			

Información del Padre Biológico – Adjunte cuestionarios adicionales en caso de que sea necesario.

Nombre:		2do. Nombre:		Apellido:		Nombre de soltera: (si corresponde)	
No. Seg. Soc.:		FdN:		Edad:		Raza:	
Ciudad y Estado de Nacimiento:		Altura:		Peso:		Color de Ojos:	
Dirección:		¿Actual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Teléfono:			
Nombre y Dirección del Empleador:		¿Actual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Teléfono del Empleador:		¿Alguna vez han estado casados con el padre no biológico del (de los) niño(s)? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	
Fecha del Matrimonio:		Ciudad y Estado del Matrimonio:		Fecha de Separación:		Fecha de Divorcio:	
País y Estado de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:	
¿Alguna vez esta persona se ha casado con alguien más? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, ¿con quién?		Fecha del Matrimonio:		Fecha de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:	
¿Existe un divorcio pendiente en la corte? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S Si la respuesta es Sí, proporcione el Condado y Estado del divorcio pendiente:		Nombre del abuelo y Dirección:		Nombre del abuelo y Dirección:			
¿Esta persona tiene hermanos? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son sus nombres?				¿Esta persona tiene algún otro hijo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) es (son) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) no biológico(s) y del (de los) niño(s)? (Enumere incluso si sólo se conoce el nombre)			

Información del Padre No Biológico – Adjunte cuestionarios adicionales en caso de que sea necesario.

Nombre:		2do. Nombre:		Apellido:		Apodo/Alias:	
No. Seg. Soc.:		FdN:		Edad:		Raza:	
Ciudad y Estado de Nacimiento:		Altura:		Peso:		Color de Ojos:	
Dirección:		¿Actual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Teléfono:			
Nombre y Dirección del Empleador:		¿Actual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Teléfono del Empleador:			
¿Alguna vez han estado en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿en cuál división?		¿Alguna vez estuvieron casados con el padre no biológico del (de los) niño(s)? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S					
Fecha del Matrimonio:		Ciudad y Estado del Matrimonio:		Fecha de Separación:		Fecha de Divorcio:	
País y Estado de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:		País y Estado de Divorcio:			
Nombre del abuelo y Dirección:				Nombre del abuelo y Dirección:			
¿Esta persona tiene hermanos? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, enumere sus nombres.				¿Esta persona tiene algún otro hijo? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿cuál(es) es (son) el (los) nombre(s) del (de los) padre(s) biológico(s) y del (de los) niño(s)? (Enumere incluso si sólo se conoce el nombre)			
¿Alguna vez se ha tomado custodia por parte de un padre y se ha concedido a alguien más? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, por favor proporcione una copia de la orden de la corte.							

Servicios de Interpretación

¿Usted lee y habla inglés con fluidez?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N – Si la respuesta es No, ¿cuál es su lengua nativa?
¿Es usted sordo o tiene una dificultad auditiva grave?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿sabe lenguaje de señas? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
¿Tiene problemas al leer o escribir?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

Información del Seguro Médico

¿Alguien cubre al (a los) niño(s) en un seguro médico privado (mediante un empleador u otro familiar)?	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S – Si la respuesta es Sí, ¿Quién?
Nombre de la Compañía De Seguros:	¿Es el participante principal?
Número de Póliza:	

POR FAVOR LEA Y MARQUE CON SU INICIAL:

Usted tiene el derecho de reclamar una causa legítima en situaciones donde la cooperación pueda resultar en un daño físico o emocional hacia usted o hacia el niño.

Usted puede solicitar una causa legítima explicando su situación a su colaborador de la Agencia de Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA). Se exigirá una prueba corroborante de su reclamo de causa legítima.

Autorizo a la Agencia de Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA) del Condado de Hamilton a compartir parte y toda la información que he proporcionado sobre mí y/o el otro padre con mi colaborador de asistencia pública.

Las respuestas que he proporcionado en este formulario son completas, verídicas y correctas a mi leal saber y entender. Comprendo que:

- ▶ Si apoyo infantil acepta mi caso, será archivada una acción de paternidad en contra de la persona que declaré que sea el padre natural sin ningún costo para mí.
- ▶ **Notificación de Responsabilidad Paternal (sólo para casos de establecimiento de paternidad).** Si usted menciona a un hombre como el padre natural de su hijo y sabe que él no es el padre biológico, la corte puede ordenarle a pagar al hombre:
 - Los salarios que pierda como resultado de la defensa del caso; y
 - Todos sus gastos por defender el caso, incluyendo pero no limitándose a, las tarifas por pruebas genéticas, tarifas por testigos expertos, y los costos de la corte.
 - Además de los daños anteriores, si usted no divulga los nombres de algún otro hombre con quien haya tenido relaciones sexuales durante el periodo de concepción de 3 meses, puede quedar sujeta a los costos de pruebas genéticas si resulta una exclusión.
- ▶ Mediante ley federal y estatal, la CSEA está obligada a ejecutar y/o modificar su orden de apoyo. Sin embargo, ninguna relación abogado-cliente ha sido o será establecida entre usted y el Abogado de la CSEA. Si se inicia una acción legal en mi nombre para establecer la paternidad y/o apoyo para mi hijo, comprendo que el abogado que representa a la Agencia de Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA) del condado de Hamilton no es mi abogado privado. El Abogado de la CSEA representa los intereses de las personas del Estado de Ohio y no representa mis intereses. Si desea ser representada por un asesor legal, usted debe obtener su propio abogado para que represente específicamente su interés personal. Si decide contratar a un abogado privado, será su responsabilidad las tarifas legales.
- ▶ Considerando que el Abogado de la CSEA no la representa, ninguna comunicación entre usted y el Abogado de la CSEA es confidencial. El Abogado de la CSEA puede decirle a la corte cualquier cosa que usted le diga a él/ella.
- ▶ En cualquier procedimiento administrativo, la Agencia de Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA) y los Funcionarios de la Audiencia representan al Estado de Ohio, y no a mí.
- ▶ Debo cooperar completamente con la Agencia de Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA) entregando información precisa y verídica a los representantes de la agencia, asistiendo a todas las citas programadas, audiencias administrativas y audiencias judiciales.
- ▶ Si cambio mi dirección debo reportarlo inmediatamente a la Agencia de la Ejecución de Apoyo Infantil (CSEA).
- ▶ Si no coopero con la CSEA, el Abogado del Personal/Abogado de la CSEA no tendrá otra alternativa que descartar el caso.
- ▶ Si estoy en la ADC/TANF/OWF o en Medicaid, el no cooperar con la CSEA también pudiera afectar mis beneficios de la ADC/TANF/OWF y/o de Medicaid.

He leído completamente lo anterior o me lo han leído. Comprendo lo anterior y aquellas partes que no comprendí me las han explicado completamente. Además, al firmar, acuerdo renunciar a un servicio formal de cualquier procedimiento administrativo para establecer la paternidad y/o apoyo infantil para el (los) niño(s) aquí descrito(s) mediante correo personal, residencial y/o certificado y acuerdo ser atendido/a y notificado/a mediante Correo Postal normal de los EE.UU. enviado a mi última dirección conocida.

Firma de la Persona que entrega la Información

Fecha

Por favor Note que

- **Usted debe completar un cuestionario por separado por cada familiar mencionado que esté ausente.**
- **Si usted es el familiar o tutor del niño, usted debe completar todas las secciones que soliciten su información.**
- **Si usted es el PADRE/MADRE BIOLÓGICO/A, usted necesita completar la información respecto a la fecha de concepción del niño (mes en el cual se inició el embarazo). Por favor siga las directrices en la hoja de instrucciones y use el gráfico suministrado para determinar su fecha de concepción.**
- **Si la información sobre el (los) otro(s) padre(s)/sin custodia no se proporciona, el cuestionario le será devuelto para que usted complete la información faltante y/o un representante de Apoyo Infantil le contactará.**