

MANUTENCIÓN VOLUNTARIA PARA MENORES

Parte I.

Para: _____ Nombre Solicitante/Receptor: _____
Dirección: _____ Número de Caso: _____
_____ Nombre del Caso: _____
_____ Fecha: _____

Por favor complete las preguntas a continuación sobre la persona citada arriba, firme el formulario y luego devuélvalo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur.

Nombre del Trabajador: _____

Parte II.

1. ¿Es usted el padre/la madre/el abuelo/la abuela de _____? Sí No

2. ¿Le da usted alguna cantidad de dinero por concepto de manutención a este niño/estos niños? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? \$ _____ Semanalmente Quincenalmente
 Mensualmente Varía

3. ¿Usted da dinero por concepto de manutención con regularidad? Sí No

4. ¿Hace cuánto tiempo que usted da dinero por concepto de manutención? _____

5. ¿A quién le da este dinero? (Marque uno) Al Solicitante/Receptor Al Secretario del Tribunal: ¿De qué condado?

6. ¿Cuánto dinero dio usted durante los últimos dos meses?

Fecha	Cantidad	Fecha	Cantidad
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
\$ _____		_____	\$ _____

7. ¿Paga usted de forma directa alguna factura a nombre del solicitante/receptor? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál(es)? _____

8. ¿Tiene usted seguro de salud/hospitalario para este niño/estos niños? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre de la compañía: _____

9. ¿Tiene usted una licencia de conducir? Sí No De ser sí, escriba el número de la licencia: _____

10. ¿Cuál es su número de Seguro Social? _____ Fecha de Nacimiento: _____

11. ¿Dónde trabaja usted? Nombre de la Compañía: _____

Dirección de la Compañía: _____

Teléfono de la Compañía: _____

Su Nombre en letra de molde: _____

Su Firma: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha: _____

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

Purpose and Instructions for DSS Form 1216

Propósito: El propósito de este formulario es el informar a la Agencia sobre contribuciones de manutención infantil voluntarias dadas a una unidad familiar/grupo beneficiario por un individuo que no forme parte de la unidad familiar o grupo beneficiario.

Instrucciones:

Parte I: El trabajador del DSS solicitando la información debe completar toda esta sección.

Part I: DSS worker requesting information should complete this section in its entirety.

Parte II: El padre ausente/abuelo(a) que contribuya financieramente con esta unidad familiar en SNAP o el grupo beneficiario TANF debe completar esta sección. El trabajador del DSS enumerará los menores en la pregunta número uno.

Part II: Child Support: The absent parent/grandparent that is contributing financially to the SNAP household/TANF benefit group completes this section. The DSS worker will also list the name(s) of the child(ren) by question one.