



Serving Children and Families

KATHLEEN M. HAYES, PH.D
STATE DIRECTOR

MARK SANFORD
GOVERNOR

Fecha: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

En referencia a: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

La División de Servicios para Ejecución de Manutención para Menores revisará su caso de manutención para menores que se le ha ordenando pagar para determinar si se debe ajustar la cantidad de manutención o si está disponible cobertura de seguro médico para los niños que viven con el tutor antes mencionado. Pedimos que conteste las siguientes preguntas y las devuelva a la dirección a continuación, para que tengamos toda la información posible.

Si tiene alguna pregunta concerniente este asunto, por favor llame al \_\_\_\_\_ .

Su nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene empleo?  Sí  No

Si es que sí, ponga el nombre y la dirección de su empleador: \_\_\_\_\_

Si está empleado, ¿cuánto le paga en el trabajo? \_\_\_\_\_ Salario bruto por hora

\_\_\_\_\_ Salario bruto por mes.

¿Tienen cobertura de seguro médico los hijos que viven con el tutor antes mencionado?  Sí  No

Si es que sí, conteste las siguientes preguntas:

Compañía: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Costo de la porción de la prima de seguro médico de los niños: \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hijos biológicos que viven en casa?  Sí  No

Si es que sí, ponga los nombres y las edades: \_\_\_\_\_

Se le ha ordenado que pague apoyo de otros niños?  Sí  No

Si es que sí, ¿cuánto se ha ordenado que pague? \_\_\_\_\_

¿Quién es el tutor de tales niños? \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CHILD SUPPORT ENFORCEMENT DIVISION
P.O. BOX: \_\_\_\_\_, CITY: \_\_\_\_\_, S.C. ZIP: \_\_\_\_\_
TELEPHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_
WEB SITE: www.state.sc.us/dss/csed/