

# DSS

## 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 el caso de manutención para menores antes mencionado para determinar si se debe ajustar la cantidad de manutención o si está disponible cobertura de seguro médico para los dependientes del padre sin custodia. Pedimos que conteste las siguientes preguntas y las devuelva a la dirección a continuación.

Ponga su nombre completo: \_\_\_\_\_

¿Recibe beneficios de Asistencia Temporal de Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)?

Sí  No ¿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 semana.

¿Paga usted a alguien para el cuidado infantil?  Sí  No Si es que sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿A quién le paga?: \_\_\_\_\_

¿Tienen cobertura de seguro médico los hijos del padre sin custodia?  Sí  No

Si es que sí, conteste las siguientes preguntas:

¿Quién le provee seguro médico?  Proveo yo;  el padre sin custodia;  otra persona

Ponga quien cubre a los niños: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguro médico? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de la póliza? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el costo de la porción de la prima del seguro médico de los niños? \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hijos biológicos que viven en su casa? (Ponga los nombres y las edades)

¿Quiere que la División de Servicios Para Ejecución de Manutención para Menores busque apoyo médico del padre sin custodia si está disponible a un costo razonable?

Sí  No, tengo seguro satisfactorio  No, no quiero pedir apoyo médico

\_\_\_\_\_  
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/](http://www.state.sc.us/dss/csed/)