

Solicitud para modificar una Orden de Manutención de Menores.

Solo para uso interno
Número de CSC: _____
Solicitante: RP CP TP
Trabajadora de CSRU: _____

1) LLENE TODAS LAS SECCIONES EN LA PÁGINA 1.

2) FIRME EN LA PÁGINA 2.

3) DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y LA COMPROBACIÓN QUE LE SOLICITAMOS EN UN
PLAZO DE 10 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA EN LA PÁGINA 2.

Al firmar esta solicitud usted se compromete a aceptar la entrega de documentación por correo postal. Si no podemos contactarlo/a por correo postal, finalizaremos el proceso.

Devuelva este formulario y los comprobantes a la oficina local de manutención de menores. **Si tiene otra información o comentarios, use una hoja adicional.** Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, póngase en contacto con su oficina local. Si necesita ayuda para encontrar el número de teléfono de una oficina local cercana, llame a la línea de información automatizada de manutención de menores al 1-888-229-9223 (sin cargo en todo el país) o visite el sitio web de la Iowa Child Support: <https://childsupport.ia.gov>.

Información acerca de usted					
Número de caso CSC		Número de teléfono		Su dirección de correo electrónico	
▶ Nombre	2do. nombre		▶ Apellido		Número de Seguro Social
▶ Dirección			▶ Ciudad		▶ Estado ▶ Código Postal
Nombre y dirección del empleador actual				Número de teléfono del empleador:	

Menores involucrados en la orden de la corte			
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre

Información acerca del otro padre del menor					
▶ Nombre	2do. nombre		▶ Apellido		Número de teléfono
Dirección			Ciudad		Estado Código postal
Nombre y dirección del empleador actual				Número de teléfono del empleador:	

Indique todas las órdenes judiciales que lo involucran a usted y al otro padre del menor			
N.º de orden de la corte	Fecha en que se ingresó la orden	Estado	Condado
N.º de orden de la corte	Fecha en que se ingresó la orden	Estado	Condado

Seguro de salud		
¿Los menores tienen cobertura médica o un plan de beneficios de salud, incluidos Medicaid o <i>hawk-i</i> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocida	Envíe una copia de la tarjeta del seguro y algo que describa el tipo de cobertura que ofrece el plan de salud.
Número de póliza		Compañía de seguros
Nombre del titular de la póliza (puede ser el padrastro o madrastra):		Fecha de vigencia

Menores adicionales		
¿Tiene otros hijos (con este padre) que desea agregar a esta orden de manutención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Envíe un comprobante que indique del nombre del menor, fecha de nacimiento, número de seguro social y cómo se estableció la paternidad.

Cambio significativo en los ingresos.		
¿Alguno de los padres tuvo un cambio de un 50% en su ingreso económico, que haya ocurrido al menos hace 3 meses y se espera que dure otros 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del padre con cambio en su ingreso económico Enviar comprobante del cambio en los ingresos.

SOLICITUD DE REVISIÓN Y AJUSTE O MODIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y EXENCIÓN DE NOTIFICACIÓN PERSONAL Y CONSENTIMIENTO A JURISDICCIÓN

Firme esta sección para solicitar una Revisión y Ajuste o Modificación Administrativa. Nosotros (la Unidad de Recuperación de Manutención de Menores) decidimos cual proceso se ajusta mejor a su situación.

Nota: Para una Modificación Administrativa debido a un cambio del 50% en los ingresos, debe adjuntar el comprobante del ingreso utilizado para calcular el monto de la manutención de menores y el comprobante del nuevo ingreso. Este cambio debe haber ocurrido al menos hace 3 meses y se espera que dure otros 3 meses. **SI NO ENTREGA EL COMPROBANTE SOLICITADO, PODRÍAMOS VERNOS EN LA OBLIGACIÓN DE NEGAR SU SOLICITUD.**

Esta es una solicitud y exención de notificación personal. Mediante mi firma, acepto lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en aceptar la *Notificación de Intención* o la *Notificación de Decisión* y los documentos de respaldo por correo postal de primera clase. Notifíquese en la dirección que proporcioné en este formulario o en mi última dirección conocida verificada.
- Además, entiendo que todos los otros documentos me serán enviados por correo postal a la dirección que proporcioné en este formulario o a mi última dirección conocida verificada.
- Entiendo que debo informar cualquier cambio de dirección como lo exige la ley de Iowa [Sección 598.22B].
- Entiendo que si no pueden entregarme la *Notificación de Intención* o la *Notificación de Decisión* por correo postal, no podrá continuar el proceso.
- Entiendo que a cualquiera de los padres se le puede ordenar que provea el mantenimiento médico del menor, según el Capítulo 252E del Código de Iowa. Esto incluye un seguro de salud o un monto en dólares para el mantenimiento médico.
- Entiendo que cada padre puede ser nombrado como demandando como se describe en las secciones 252H.3A y 252B.5 del Código de Iowa.

Estoy de acuerdo con la jurisdicción personal de la Corte de Iowa. También estoy de acuerdo con la autoridad de la Corte de Iowa para tomar esta acción. Entiendo que la Corte de Iowa celebrará una audiencia si cualquiera de las partes la solicita. También sé que la Unidad de Recuperación de Manutención de Menores puede presentar ante el Tribunal de Iowa una orden modificada como resultado de esta acción, para su aprobación.

Certifico, bajo pena de perjurio (castigo por mentir) y bajo las leyes del estado de Iowa, que la información financiera indicada anteriormente para la revisión abreviada es verdadera y correcta. Entiendo que la CSRU puede usar esta información en su acción para modificar la manutención de mis hijos.

Firma de la persona que presenta la solicitud

Fecha (mes, día, año)

Relación con el/los menor/es



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL COSTO DE VIDA (COLA, por sus siglas en inglés)

Para solicitar una COLA, ambos padres sujetos a la orden judicial deben estar de acuerdo y firmar esta sección. **El nuevo monto de la manutención de menores se basa en los aumentos en el costo de la vida desde que se ingresó la orden o se modificó por última vez.**

Quiero que la Unidad de Recuperación de la Manutención de Menores haga una modificación del costo de vida en la manutención mi hijo/a. Estoy de acuerdo en aceptar la notificación de todos los documentos de este proceso vía correo postal de primera clase.

Asumo total responsabilidad por la información que he proporcionado en este formulario de solicitud.

Firma de la madre

Firma del padre

Fecha (mes, día, año)

Fecha (mes, día, año)