



STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

Dear Applicant,

Enclosed is the application for child support services that you requested. To help us process your application as quickly as possible, please return the following:

- The application filled out completely and accurately to the best of your ability
- Form OCSS-1, Statement of Assets, Liabilities, Income and Expenses filled out, signed by you.
(Note: your signature must be notarized)
- A copy of each child's birth certificate,
- A copy of your divorce decree; if you have one,
- A \$20.00 personal check or money order application fee made out to:
Office of Child Support Services
- Signed waiver regarding legal representation,
- Child Support Payment Notice, and
- Family Violence Indicator form (only if applicable) .

If you are worried about a domestic violence issue and believe that you are in need of having your address and certain personal information protected from the non-custodial parent, please **fill out SECTION TWO** of the **Family Violence Questionnaire** enclosed with this application. If you believe that there is personal information in your COURT FILE that should also be protected, **fill out SECTION TWO and SECTION THREE** of the **Family Violence Questionnaire**.

You have a **RESPONSIBILITY** to provide Social Security numbers for yourself and your household on your application. Your Social Security number, as well as the Social Security number of all members of your household will be used in computer matching with the Department of Labor and Training, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service, and other governmental and non-governmental entities authorized by law, regulation or contract and they will be subject to verification by Federal, State and local officials.

Once your completed application is received, a child support agent will review your case to determine if any further information is needed. You may be contacted in writing or by phone in order to provide additional information. Our goal is to assist you in obtaining child support for your children.



STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

Aplicación Para Manutención Infantil

Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

Estimado Solicitante,

Incluida esta la aplicación de servicios de manutención de niños (Child Support Services) que solicitó. Para poder procesar su solicitud lo antes posible, por favor envíe la siguiente información:

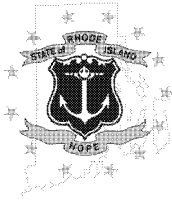
- Completar la solicitud lo mejor posible o lo más que pueda.
- Formulario OCSS-1, ingresos y gastos, firmados por usted.
(Nota: Su firma debe ser notarizada.)
- Una copia de certificado de nacimiento o acta de nacimiento de cada niño/a.
- Una copia de su acta de divorcio: si tiene una.
- Un cheque o money order de \$20.00 a nombre de:
Office of Child Support Services
- Firmar la renuncia de representación legal (Waiver regarding legal representation),
- Aviso de pagos de manutención previo, y
- Cuestionario de Violencia Familiar (solo si es applicable)

Si usted está preocupado acerca de un problema de violencia domestica y cree que está en necesidad de proteger su dirección e información personal para que el padre sin la custodia no tenga ningún tipo de acceso a su información, por favor **llene la Sección Dos** localizada en **El Cuestionario de Violencia Familiar** el cual está incluido en esta aplicación. Si usted piensa que su ARCHIVO contiene información personal la cual debe ser protegida, **llene la Sección Dos y Sección Tres** del **Cuestionario de Violencia Familiar**.

Usted tiene la responsabilidad de proveer en esta aplicación su número de seguro social y los de las demás personas que viven con usted en la misma casa. Su número de seguro social, así como los números de seguro social de todos los miembros de su familia se usará para verificar que la información que nos ha dado este correcta, por lo tanto verificaremos los números de seguro social proveídos con el Departamento de Trabajo y Entrenamiento (Dept. of Labor and Training), la Administración de Seguro Social (Social Security Administration), el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por la ley, reglamento o contrato sujetos a verificación por oficiales federales, estatales y locales.

Una vez que su solicitud sea recibida, un agente o representante de la oficina de manutención de niños (Child Support Services) revisará su caso para determinar si se necesita información adicional. En caso de que necesitemos información adicional, usted puede que sea contactado por escrito o por teléfono para proveernos o proporcionarnos con dicha información necesaria. Nuestro objetivo es ayudarle a obtener la manutención para sus hijos.

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS



Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

Please return this form with the following documentation (if appropriate*)/
Por favor, envíe este formulario con la siguiente documentación (sí es apropiado*):

- Completed and signed Application for Child Support Services
- Completed Family Court Statement of Assets, Liabilities, Income and Expense
- Domestic Violence Notice*
- Notice and Waiver Regarding Legal Representation
- Child Support Payment Notice
- Arrearage Affidavit*
- Signed Recoupment Policy

- La Aplicación de Manutención infantil (Child Support) completa y firmada
- El Historial completo de la Corte de Biernes, Obligaciones, Ingresos y Gastos
- Notificación de Violencia Familiar
- Aviso y Renuncia sobre la Representación Legal
- Notificación de Pagos de Manutención
- Declaración Jurada de Pagos Atrasados
- Poliza de Recompensación firmada

FOR OFFICE USE ONLY/PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

This packet will be processed upon completion of the following:

- Application for Child Support Services
- Family Court Statement of Assets, Liabilities, Income and Expense
- Domestic Violence Notice
- Notice and Waiver Regarding Legal Representation
- Child Support Payment Notice
- Arrearage Affidavit
- Recoupment Policy

Date: _____



Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

APPLICATION FOR CHILD SUPPORT SERVICES

Aplicación Para Manutención Infantil

**Important information about YOU, the CUSTODIAL PARENT (CP)
Información importante de USTED, el padre/madre CON la custodia (CP)**

Social Security Number/
Numero de Seguro Social: _____

Name/Nombre: _____
Last/Apellido First/Primer Nombre Middle/Segundo Nombre (Sr., Jr., III, etc.,)
o Segundo Apellido

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo:

Ethnic Background/Origen étnico: _____ Male Female
Masculino Femenino
(White, Black, Hispanic, Asian, etc./
Caucásico, Afrodescendiente, Hispano, Asiático, etc.)

Residence or Home Address/Residencia o Dirección de la Vivienda:

(please be sure to include
last known address/
escriba su última
dirección conocida)

Number/Número Street/Calle

City/Ciudad State/Estado Zip Code/
Codigo Postal

Mailing Address/Donde Recibe Correo:

(if different from above/
si diferente a la de arriba)

Email Address/
Correo Electrónico: _____ @ _____

Telephone/Teléfono:

Home/Casa: _____ Work/Trabajo: _____ Other/Otro (Cell): _____

What is your relationship to the Non-Custodial Parent?/¿Cual es su relación con el padre/madre con la custodia?

Married/ Separated/ Divorced/ Never Married/ Legally Separated/ Loco Parentis
Casados Separados Divorciados Nunca Casados Legalmente Separados

FOR OFFICE USE ONLY/PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Application request: ____/____/____ Mailed: ____/____/____ Recieved: ____/____/____

Further information regarding YOU, the CUSTODIAL PARENT (CP)
Más información de USTED, el padre/madre CON la custodia (CP)

Current Primary Employment/Donde Trabaja Usted: (check one/marque su respuesta)

Full-time/
Tiempo Completo

Part-time/
Tiempo Parcial

Temporary/
Temporal

Unemployed/
Desempleado

Place of Employment/Lugar de Empleo:

Employer Address/
Dirección del Empleador:

Number/Número

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/
Codigo Postal

Employer Telephone/
Teléfono del Empleador:

()

U.S. Citizen?/
¿Ciudadano Estadounidense?

Yes/Si No

Is English the first language?/
¿Inglés es la primera lengua?

Yes/Si No

Have you ever recieved assistance in another state?*/
¿Alguna vez ha recibio usted ayuda publica en otro estado?*

Yes/Si No

*If yes, describe below/
*Sí, describa más abajo:

Dates received/Las Fechas de Ayuda:

Name of State/El Nombre del Otro Estado:

Start/ End/
Inicio Terminación

Current Medical Insurance Information/Información de Cobertura Medica

Are you and/or the child(ren) currently covered by medical insurance?/
¿Tienen seguro medico usted y su(s) hijo(s)?

Yes/Si No

Medical Coverage is provided by/Cobertura Medica proveida por:

You, the Custodial Parent/
Usted, el Padre/Madre con la custodia:

The Non-Custodial Parent/
El Padre/Madre sin la custodia:

Other/Otro: _____

Medical Insurance Policy Number/Número de Poliza del Seguro Medico:

Medical Insurance Company/Compañía de Seguro Medico:

Type of Coverage/Tipo de Cobertura:

Further information regarding the NON-CUSTODIAL PARENT (NCP)
Más información del padre/madre SIN la custodia (NCP)

Current Primary Employment/Donde Trabaja el NCP: (check one/marque su respuesta)

Full-time/
Tiempo Completo

Part-time/
Tiempo Parcial

Temporary/
Temporal

Unemployed/
Desempleado

Place of Employment/Lugar de Empleo:

Employer Address/
Dirección del Empleador:

Number/Número

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/
Codigo Postal

Employer Telephone/
Teléfono del Empleador:

()

**U.S. Citizen?/
¿Ciudadano Estadounidense?** Yes/Si No

Is English the first language?*/Yes/Si No
¿Inglés es la primera lengua?*

**Nicknames or Alias/
Otros Nombres Usados o Sobrenombres:**

***If no, please indicate native language/
Si no, indique la lengua materna:**

Physical Description/Descripción física

Height/Altura: _____ Eye Color/Color de Ojos: _____ Race/Raza: _____

Weight/Peso: _____ Hair Color/Color de Pelo: _____ Complexion/Tono: _____

Physical Markings or Scars/Marcas Físicas/Cicatrices:

Wears Eye Glasses?/¿Usa lentes? Yes/Si No

Driver's License/Licencia de Conducir:

State of/Estado de: _____

License No./Número de Licencia.: _____

**Does the NCP own a motor-vehicle?*/
¿Tiene el NCP vehículo propio?*** Yes/Si No

***If yes, describe below/
Si, descríballo:**

Year/
Año

Make/
Marca

Model/
Modelo

Color/
Color

License Plate # & State/
Número de Placas & Estado

Child(ren) - (List only the child(ren) shared with the NCP named in this application)
Niño(s) - (Enumere solo los hijo(s)/a(s) que tiene usted con el NCP que nombro en esta aplicación)

Child/Niño #1:

Social Security Number/Número de Seguro Social: _____

Name/Nombre: _____
Last/APELLIDO First/PRIMER NOMBRE Middle/SEGUNDO NOMBRE o SEGUNDO APELLIDO (Sr., Jr., III, etc.)

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: _____

Ethnic Background/Origen étnico: _____ Male/Masculino Female/Femenino
(White, Black, Hispanic, Asian, etc./Caucásico, Afrodescendiente, Hispano, Asiático, etc.)

Birthplace/Lugar de Nacimiento: _____ Living With/Viviendo Con: _____

U.S. Citizen?/¿Ciudadano Estadounidense? Yes/Si No

Does the Non-Custodial Parent's name appear on the birth certificate?/
 ¿Aparece el nombre del Padre/Madre sin la custodia en el acta de nacimiento? Yes/Si No

Has paternity ever been established through the court for this child?*/
 ¿Ha sido establecida la paternidad para este niño/a a travez de una corte?*/ Yes/Si No

*If yes, court location/Si, lugar de la corte: _____ Date/Fecha: _____

Is there a court order for support for this child?*/
 ¿Hay una orden de manutención para este niño/a?*/ Yes/Si No

*If yes, amount of support ordered/Si, cantidad de la orden: \$ _____ Frequency/Frecuencia: _____

Date of order/Fecha de la orden: _____ Court Docket No./Número de la Orden: _____

Court Location/Ubicación de la Corte: _____

Child/Niño #2:

Social Security Number/Número de Seguro Social: _____

Name/Nombre: _____
Last/APELLIDO First/PRIMER NOMBRE Middle/SEGUNDO NOMBRE o SEGUNDO APELLIDO (Sr., Jr., III, etc.)

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: _____

Ethnic Background/Origen étnico: _____ Male/Masculino Female/Femenino
(White, Black, Hispanic, Asian, etc./Caucásico, Afrodescendiente, Hispano, Asiático, etc.)

Birthplace/Lugar de Nacimiento: _____ Living With/Viviendo Con: _____

U.S. Citizen?/¿Ciudadano Estadounidense? Yes/Si No

Does the Non-Custodial Parent's name appear on the birth certificate?/
 ¿Aparece el nombre del Padre/Madre sin la custodia en el acta de nacimiento? Yes/Si No

Has paternity ever been established through the court for this child?*/
 ¿Ha sido establecida la paternidad para este niño/a a travez de una corte?*/ Yes/Si No

*If yes, court location/Si, lugar de la corte: _____ Date/Fecha: _____

Is there a court order for support for this child?*/
 ¿Hay una orden de manutención para este niño/a?*/ Yes/Si No

*If yes, amount of support ordered/Si, cantidad de la orden: \$ _____ Frequency/Frecuencia: _____

Date of order/Fecha de la orden: _____ Court Docket No./Número de la Orden: _____

Court Location/Ubicación de la Corte: _____

Child/Niño #3:

Social Security Number/Número de Seguro Social: _____

Name/Nombre: _____
Last/APELLIDO First/Primer Nombre Middle/Segundo Nombre (Sr., Jr., III, etc.,)
o Segundo Apellido

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: _____

Ethnic Background/Origen étnico: _____ Male/Masculino Female/Femenino
(White, Black, Hispanic, Asian, etc./
Caucásico, Afrodescendiente, Hispano, Asiático, etc.)

Birthplace/Lugar de Nacimiento: _____ Living With/Viviendo Con: _____

U.S. Citizen?/¿Ciudadano Estadounidense? Yes/Si No Does the Non-Custodial Parent's name appear on the birth certificate?/
¿Aparece el nombre del Padre/Madre sin la custodia en el acta de nacimiento? Yes/Si No Has paternity ever been established through the court for this child?*/
¿Ha sido establecida la paternidad para este niño/a a través de una corte?*/ Yes/Si No

*If yes, court location/Si, lugar de la corte: _____ Date/Fecha: _____

Is there a court order for support for this child?*/
¿Hay una orden de manutención para este niño/a?*/ Yes/Si No

*If yes, amount of support ordered/Si, cantidad de la orden: \$ _____ Frequency/Frecuencia: _____

Date of order/Fecha de la orden: _____ Court Docket No./Número de la Orden: _____

Court Location/Ubicación de la Corte: _____

***Note: If more than three children, please attach additional information on a separate sheet of paper or make a copy of this page. Please be sure to enclose a full page copy of birth certificate for each child.**

***Nota: Si tiene más de 3 niños, escriba la información en otra hoja o haga una copia de esta página. Por favor asegurese de enviar páginas completas de las copias de acta de nacimiento de cada niño/a.**

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS



Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

NOTICE AND WAIVER REGARDING LEGAL REPRESENTATION

I understand that the Department of Human Services - Office of Child Support Services attorneys are not my attorneys and do not represent me, even though I may benefit from the work of those attorneys. I understand that the only client of the Department of Human Services - Office of Child Support Services is the State of Rhode Island. Because I do not have an attorney/client relationship, it means that any information I share with the Department of Human Services - Office of Child Support Services or their attorneys is not privileged or confidential, except as otherwise provided by law. It also means that the Department of Human Services - Office of Child Support Services may provide services to the other parent of of my child or another person, agency or department having custody/ physical possession of my child and in need of the agency's services.

Yo entiendo que los abogados del Departamento de Servicios, Oficina de Manutención Infantil, no son mis abogados y no me representan a mi, aunque yo me beneficie del trabajo hecho por estos abogados. Yo entiendo que el unico cliente del Departamente de Servicios Humanos, Oficina de Manutención Infantil es el estado de Rhode Island. Por lo que yo no tengo una relación de cliente/abogado, cualquier información que yo proporcione al Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Manutención Infantil no es privilegiada o confidencial, excepto cuando es proveido por la ley. También significa que el Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Manutención Infantil puede proveer servicios al otro padre/madre de mi hijo/a o a cualquier otra persona, agencia, o departamento que tenga la custodia o posesión fisica de mi hijo/a y que necesite los servicios de esta agencia.

Your Social Security Number/Su Número de Seguro Social: _____

Please Print your Name/Escriba su Nombre

Signature/Su Firma

Please return with your application. Por favor devuelva junto con su aplicación.

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS



Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

Recoupment Policy
Poliza de Recompensación

IF I RECEIVE PAYMENTS IN ERROR FOR WHICH I AM NOT ENTITLED, I agree that I shall repay the OCSS (Office of Child Support Services) in an amount of 25% of the total child support obligation per week until the overpayment is paid in full.

I understand I will not be further notified nor will I be signing a recoupment agreement.

SÍ RECIBO PAGOS POR ERROR A LOS CUALES NO TENGO DERECHO, estoy de acuerdo en pararle a la Oficina de Manutención una cantidad de 25% del monto total de obligación semanal hasta que el pago hecho por error sea pagado por completo.

Entiendo que no seré notificado ni tampoco firmaré un acuerdo de recompensación.

By signing this application I also agree/Al firmar esta aplicación, también estoy de acuerdo a:

1. TO NOTIFY OCSS IMMEDIATELY of any direct payments received from the NCP and to complete an affidavit of direct payments after proper notification.
1. NOTIFICAR A OCSS DE cualquier pago de dinero recibido directamente por el padre/madre sin custodia y completar una declaración jurada de los pagos hechos directamente, luego de haberlo notificado a la Oficina de Child Support.
2. TO COOPERATE WITH OCSS by attending court hearings, appointments and by completing and returning forms.
2. COOPERAR CON OCSS al asistir a las audiencias de la corte, citas y completar y devolver los formularios que le sean enviado.
3. TO KEEP MY PIN NUMBER IN A SAFE PLACE and utilizing it to access the Voice Response System.
3. GUARDAR MI NÚMERO DE PIN EN UN LUGAR SEGURO y utilizarlo para acceder al sistema de respuesta de voz.

Applicant's Signature/
Firma del Apicante

Date/Fecha



TO BE FILED IN CHILD SUPPORT AGENCY CASES ONLY

STATE OF RHODE ISLAND
AND
PROVIDENCE PLANTATIONS

FAMILY COURT
STATEMENT OF ASSETS
LIABILITIES - INCOME - EXPENSES

NAME: Plaintiff Defendant
CIVIL ACTION - FILE NUMBER:
Weekly: GROSS NET
BiWeekly:
Monthly:

Table with 2 main columns: GROSS INCOME and TAXES AND INCOME DEDUCTIONS. Rows include Salary, Cash, Self Employment, Commissions, Pensions, Social Security, Worker Comp, Public Assistance, Child Support, Dividends, Rental Income, Contributions, Alimony, and Total Gross Income.

MEDICAL INSURANCE (circle one) Family Plan? Yes No Plan Name:
DENTAL INSURANCE (circle one) Family Plan? Yes No Plan Name:

Does RiteCare, RiteShare, or Medicaid provide insurance for any child in this case? (circle one) Yes No

CHILD CARE ASSISTANCE: Does any child in the household receive Child Care Assistance through the State? (circle one) Yes No

PROPERTY UNDER APPLICANT'S CONTROL - Keep Current - Attach Supporting Detail As Needed
Table with columns: Name of Institution / Property Location / Description, Present Value, FMV, Loan Bal., Equity. Rows include Cash, Checking Accounts, Savings Accounts, Retirement, Other Accounts, Stocks/Bonds, Vehicles, Boat/Other, Real Estate, Life Insurance, Other, and Total of All Property.

LIABILITIES - EXPENSES List only ONCE in either Weekly OR Monthly Column

Weekly

Monthly

_____	1. Groceries	_____
_____	2. Heating & Propane	_____
_____	3. Electricity	_____
_____	4. Telephone / Cell Phone	_____
_____	5. Cable / Internet	_____
_____	6. Clothing	_____
_____	7. Uninsured Medical, Medicines, Dental	_____
_____	8. Personal Needs & Laundry	_____
_____	9. Cigarettes	_____
_____	10. Car Insurance, Registration	_____
_____	11. Gas / Auto Maintenance	_____
_____	12. Spending Money	_____
_____	13. Traveling / Commuting Expenses	_____
_____	14. Life Insurance	_____
_____	15. Health Ins. Premium not through employer	_____
_____	16. Court Fines, Costs	_____
_____	17. Work Related Child Care	_____
_____	18. Child Support Order (this case)	_____
_____	19. Child Support Order (any other case)	_____
_____	20. Cash Medical Order(s)	_____
_____	21. Arrears Order(s) for Support	_____
_____	22. Alimony Orders Paid	_____
	Housing	
_____	23. Rent	_____
_____	24. Mortgage	_____
_____	25. Property Taxes not included in mortgage	_____
_____	26. Home / Renter Insurance	_____
_____	27. Sewer / Water / Upkeep	_____
_____	28. _____	_____
	Loans & Obligations	
_____	29. Auto Loan: Balance _____	_____
_____	30. Credit Card: Balance _____	_____
_____	31. Other Loan: Balance _____	_____
	Miscellaneous	
_____	32. Retirement / 401K not deducted from wages	_____
_____	33. Savings	_____
_____	34. Other _____	_____
_____	35. Weekly.....Total Lines 1-34.....Monthly	\$ _____
	36. Weekly.....Total from Line 35	\$ _____
	37. Monthly.....Total divided by 4.3	\$ _____
	38. TOTAL EXPENSES WEEKLY	\$ _____
	(add lines 36 & 37)	

Under penalty of perjury, I hereby swear the Statements contained in this Document and any attachments are true and correct. Check here if any schedule is attached.

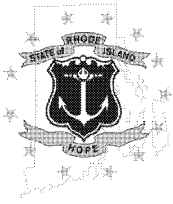
Print Name: _____ Signature of Party: _____

Sworn to me before this _____ day of _____, 20____.

Notary Public (Print Name): _____ Signature: _____

Notary Public for the State of: _____ Commission Expires: _____

Form of ID: State _____ Gov't _____ Driver's Lic. _____ Passport _____ Personally Known _____ Other _____



FORMULARIO SOLO PARA LOS CASOS CON LA AGENCIA DE CHILD SUPPORT

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

CORTE DE FAMILIA HISTORIAL DE BIENES OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

NOMBRE: Demandante Demandado
ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO:

INGRESO NETO
Semanal:
Quincenal:
Mensual:

Table with 3 columns: INGRESO BRUTO, Semanal, Quincenal, o Mensual, and IMPUESTOS Y DEDUCCIONES DE INGRESO. Lists 15 items for income and 11 items for deductions.

SEGURO MEDICO: (encierre una) ¿Plan Familiar? Si No Nombre del Plan:
SEGURO DENTAL: (encierre una) ¿Plan Familiar? Si No Nombre del Plan:

¿Los Programas de RiteCare, RiteShare, o Medicaid proveen seguro medico para algún niño que sea parte de este caso? (encierre una) Si No

ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL: ¿Hay algún niño en su hogar que recibe asistencia a través del Estado? (encierre una) Si No

Table titled 'PROPIEDADES BAJO EL CONTROL DEL SOLICITANTE - Mantenga Actual - Adjuntar Detalles Según Sea Necesario'. Columns include Name of Institution/Property/Location/Description, FMV, Loan Balance, and Equity. Lists assets like cash, accounts, vehicles, and real estate.

OBLIGACIONES - GASTOS: Enumere sólo UNA VEZ en una columna

Semanal

Mensual

_____	1. Gastos de Comida (Supermercado)	_____
_____	2. Calefacción y Propano	_____
_____	3. Electricidad	_____
_____	4. Telefono / Celular	_____
_____	5. Cable / Internet	_____
_____	6. Ropa / Lavandería	_____
_____	7. Sin Seguro Medico, Medicinas, Dental	_____
_____	8. Necesidades Personales & Dinero para Gastar	_____
_____	9. Cigarrillos	_____
_____	10. Seguro de Carro / Registración	_____
_____	11. Gasolina / Mantenimiento de Carro	_____
_____	12. Gastos de Viajes y Trayectos	_____
_____	13. Seguro de Vida	_____
_____	14. Seguro Medico no proveido por el Empleador	_____
_____	15. Multas y Costos Judiciales	_____
_____	16. Cuidado de Niños	_____
_____	17. Orden de Manutención (este caso)	_____
_____	18. Orden de Manutención (otros casos)	_____
_____	19. Orden de Seguro Medico	_____
_____	20. Orden de Intereses (atrasos)	_____
_____	21. Orden de Pension Alimenticia (Alimony)	_____
_____	Vivienda	
_____	22. Renta	_____
_____	23. Hipoteca (Mortgage)	_____
_____	24. Impuestos de las Propiedades no Incluidas en la Hipoteca	_____
_____	25. Seguro de Casa o de Inquilino	_____
_____	26. Alcantarillado / Agua / Mantenimiento	_____
_____	27. _____	_____
_____	Préstamos y Obligaciones	
_____	28. Préstamo de Auto: Balance _____	_____
_____	29. Tarjeta de Credito: Balance _____	_____
_____	30. Otros Préstamos: Balance _____	_____
_____	Misceláneo	
_____	31. Retiro / 401K no reducida del salario	_____
_____	32. Ahorros	_____
_____	33. Otros _____	_____
_____	34. Líneas Totales Semanal 1-33 Mensual	\$ _____
_____	35. Total Semanal de la Línea 34	\$ _____
_____	36. Total Mensual Dividido por 4.3	\$ _____
_____	37. El Total de los Gastos Semanales	\$ _____
	(agregue los gastos de las líneas 35 & 36)	

Bajo pena de perjurio, juro que las declaraciones contenidas en este Historial de Bienes, Obligaciones, Ingresos y Gastos, y los archivos adjuntos son verdaderos y correctos. Verifique si algún ahorrario esta adjunto.

Nombre: _____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mi _____ día de _____, 20 ____.

Nombre del Notario Publico: _____ Firma: _____

Notario Publica del Estado de: _____ Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado: _____ Gov't: _____ Licencia de Conducir: _____ Passaporte: _____ Personalmente Conocido: _____ Otro: _____



STATE OF RHODE ISLAND
AND
PROVIDENCE PLANTATIONS

CORTE DE FAMILIA
HISTORIAL DE BIENES
OBLIGACIONES - INGRESOS - GASTOS

PROGRAMA

NOMBRE: _____
Demandante Demandado

ACCIÓN CIVIL - NÚMERO DE ARCHIVO: _____

Detalles adicionales sobre los Ingresos:

Detalles adicionales sobre los Impuestos y las Deducciones de Ingresos:

Detalles adicionales sobre Propiedades bajo el Control del Solicitante:

Comentarios adicionales:

Fecha: _____ Firma de la Persona: _____

Jurado ante mí _____ día de _____, 20 ____.

Nombre del Notario: _____

Estado de: _____

Firma del Notario: _____

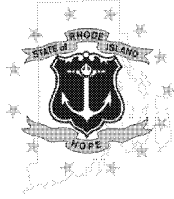
Expiración de la Comisión: _____

Tipo de Identificación:

Estado: _____ Gov't: _____ Licencia de Conducir: _____ Passaporte: _____ Personalmente Conocido: _____ Otro: _____

Please return with your application. Por favor devuelva junto con su aplicación.

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS



Department of Human Services
OFFICE OF CHILD SUPPORT SERVICES
77 Dorrance Street
Providence, RI 02903
(401) - 458 - 4400 / www.cse.ri.gov

FAMILY VIOLENCE QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

Your name/ _____ **Social Security No./** _____
Su nombre: _____ No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Other Party's Name/ _____ **Case No./** _____
Nombre de la Otra Persona: _____ No. de Caso: _____

SECTION ONE/PRIMERA SECCIÓN: SAFETY ISSUES/PROBLEMAS DE PROTECCIÓN

Please answer each question./Por favor responda cada pregunta.

- Have you or the child(ren) in your care ever been a victim of domestic violence or child abuse committed by the other party in your child support case? Yes/Si No

¿Alguna vez usted o su hijo/a han sido victima de violencia domestica o abuso infantil de parte de la otra persona padre o madre ausente que tiene este caso con usted?

- Have you ever obtained a restraining order, emergency protective order or no contact order against the other party to your child support case?* Yes/Si No

¿Alguna vez ha obtenido una orden de restrincción, orden de protección de emergencia o una orden de no contacto en contra de la otra persona, padre o madre ausente que tiene este caso con usted?*

***If so, in what country and state?** _____ **Court Case No./** _____
¿Si, en que ciudad y estado?: _____ No. de Caso: _____

Is the order still in effect?*/ ¿La orden todavía esta vigente?* Yes/Si No

***if yes, until/si, hasta:** _____
(date/fecha)

- Does the other party know your address? Yes/Si No

¿La otra persona ausente sabe donde usted vive?

SECTION TWO/SEGUNDA SECCIÓN:

- **At this time are you in fear of the other party for your safety or your child(ren)'s safety?**

Yes/Si No

En estos momentos le tiene usted miedo a la otra persona (padre o madre de su hijo/a) y teme de su protección y teme de su protección y la de su hijo/a?

A.-----If you answered NO to this question, please read the following statement and sign your name and date. (Do not complete Section Three; simply return this form to your child support agent.)

-----Si su respuesta es NO en la pregunta anterior, por favor lea la siguiente declaración y escriba la fecha de hoy y su nombre. (Favor de no completar la Tercera Sección; simplemente devuelva este formulario a su representante de la Oficina de Child Support.)

The disclosure of my address or other information identifying my location is not harmful to me or the child(ren) in my care. I understand this information will be made available to the federal government, courts, child support agencies, and sometimes to the other parent of my child(ren).

La divulgación de mi dirección u otra información de mi ubicación no es perjudicial para mi o el niño/a bajo mi cuidado. Entiendo que esta información estará a la disposición del gobierno federal, los tribunales, las agencias de Manutención Infantil (Child Support), y a veces al otro padre o madre ausente.

Date/Fecha

Signature/Firma

B.-----If you answered YES to this question, please read, date and sign the following statement. **The Office of Child Support Services will not share your address on the OCSS computer system with the other courts, child support agencies, or the other parent without a court order. After signing below, complete Section Three.**

-----Si su respuesta es SI en la pregunta anterior, por favor lea, escriba la fecha de hoy y su nombre en la siguiente declaración. La Oficina de Child Support sin una orden de la corte no revelará o compartirá su información ni dirección en el sistema computarizado de otras cortes, agencias de child support, o el otro padre/madre ausente. Después de firmar, favor completar la Tercera Sección.

The disclosure of my address or other information identifying my location could be harmful to me or the child(ren) in my care. I am requesting that my address or other identifying information not be given to the other party in this case. This request for non-disclosure of information can be removed if I notify the local child support agency in writing, and the office that manages my case acknowledges that they have received my request. This request for non-disclosure will be reviewed periodically by the Office of Child Support Services and I understand that I may be required to renew my request. I understand that under federal law, an authorized person may submit a written request to the court which has jurisdiction to make or enforce child custody or visitation determinations. I will be notified in writing by the local child support agency if the court orders the release of information on my case.

La divulgación de mi dirección u otra información de mi ubicación es perjudicial para mi o el niño/a bajo mi cuidado. Estoy solicitando que mi dirección u otra información no este a la disposición del otro padre/madre ausente en este caso. Esta solicitud de confidencialidad puede ser emovida o eliminada si yo le notifico, por escrito, a la Oficina de Child Support y cuando dicha oficina que maneja mi caso haya admitido que han recibido mi solicitud. Esta solicitud de confidencialidad sera revisado periódicamente por la Oficina de Child Support, además puede que sea necesario renovar mi solicitud. Entiendo que bajo la ley federal, una persona autorizada podra presentar una solicitud por escrito a la corte que tiene la jurisdicción del caso para hacer cumplir la custodia del niño/a o las determinaciones de las visitas. La Oficina de Child Support me notificará por escrito si el tribunal ordena la divulgación de mi información sobre este caso.

Date/Fecha

Name/Nombre

**SECTION THREE/TERCERA SECCIÓN*: SEALING THE COURT FILE DUE TO FAMILY VIOLENCE/
CERRAR EL ARCHIVO TRIBUNAL POR VIOLENCIA FAMILIA**

***Answer #1 or #2 below only if you responded to Section "B" in Section Two.**

(Please read the following information carefully.)

***Responda la #1 o #2 solo si usted respondió a la Sección "B" en la Segunda Sección.**

(Por favor lea la siguiente información cuidadosamente.)

1.-----If you want your address protected in the court file, OCSS will file a motion to seal the court file.* That motion is served to the other party and he/she will have the right to come to court to object to the file being sealed. You may have to testify in a court hearing on whether the file should be sealed permanently to protect your information.

***Note: If your case is being sent to another state for establishment or enforcement, the laws and procedures of the other state will determine whether the court file is to be sealed by that state.**

-----Si usted quiere que su dirección sea protegida en los archivos de la corte, la Oficina de Child Support solicitará una moción para sellar su archivo en el expediente del tribunal.* Esa moción también sera proporcionada al otro padre/madre ausente en este caso, y el/ella tendra derecho de ir a la corte y oponerse a que su archivo sea sellado en el tribunal. Puede que tenga que testificar en una audiencia judicial sobre sellar los archivos permanentemente para proteger su dirección.

*Nota: Si su caso sera enviado a otro estado para establecer o dar cumplimiento a la orden, las leyes y procedimientos de ese otro estado determinaran si su archivo sera sellado por la corte de ese estado.

2.-----If you do not want your address protected in the court file, OCSS will still protect your information in the court file, but will not ask the Family Court to seal the court file.

-----Si usted no quiere que su dirección sea protegida en el tribunal, la Oficina de Child Support protegerá su información en el sistema computarizado, perono le solicitará al tribunal que selle su archivo en la corte.

- Do you want OCSS to file a motion to seal the court file?*

Yes/Si No

¿Quiere usted que su archivo sea sellado en el tribunal/corte?*

***If your answer is YES, you MUST complete a following statement on the back of this page in support of your request to protect your information in the court file. Provide detailed information including dates, times, places and witness. (Attach additional court orders if needed.)**

***Si su respuesta es SI, usted DEBE completar la siguiente declaración en apoyo en a su solicitud para proteger su archivo en el expediente de la corte. Proporcione información detallada incluyendo fechas, tiempo, lugares y testigos. (Adjunte páginas adicionales si es necesario, además de otras ordenes de la corte con respeto a este caso.)**

