



LEBANON COUNTY DOMESTIC RELATIONS SECTION

Michael L. Anderson, Director

Court of Common Pleas of Lebanon County

400 S. 8th Street, Room 202

Lebanon, PA 17042

(717) 228-4480

cs-lebanon@pacses.com

programa de cumplimiento de manutención infantil de Pennsylvania

la manutención es dinero que un padre o madre paga para ayudar a mantener su hijo/a. la persona que busca manutención también puede pedir manutención de esposo/a (si esta aun casado) o pensión alimenticia pendiente lite (si ya lleno los papeles de divorcio). Para recibir manutención, se debe presentar una demanda de manutención y proporcionarla a la oficina de relaciones domésticas. Por favor note: La oficina de relaciones domesticas de Lebanon no se encarga de asuntos de custodia o visitas.

Información importante para llenar los documentos adjuntos

Participantes del caso

Demandante: padre/madre o cuidador/custodio buscando recibir manutención (este eres tu)

Demandado: persona que paga manutención o de quien usted está pidiendo manutención

Paternidad:

Si usted estaba casado/a cuando su hijo nació:

- Las leyes de Pennsylvania asumen que el esposo es el padre de cualquier niño que haya nacido dentro del vínculo del matrimonio.

Si usted NO estuvo casado(a) cuando el niño(a) nació:

- La paternidad se considera establecida si ambos padres firmaron un reconocimiento de paternidad para cada niño y este documento fue archivado en el estado.
- La paternidad se considera establecida si hay una orden nombrando al padre legal del niño (documento como adopción, etc.)

Si usted no estuvo casado(a) cuando el niño(a) nació y un reconocimiento de Paternidad para el niño(a) NO fue completado y NO hay una orden nombrando el padre legal del niño(a):

- La paternidad no ha sido establecida. El demandado(a) tendrá la oportunidad en la conferencia de firmar el reconocimiento de paternidad o de pedir una prueba de paternidad (ADN).

Documentos adjuntos

solicitud de servicios de pensión alimenticia o manutención de menores: Este formulario es para solicitar un nuevo caso de manutención. Usted es el solicitante. La otra parte es de quien usted está demandando manutención. Por favor firme en el área que dice firma del solicitante.

Demanda de Pensión alimenticia: este formulario es la solicitud legal para establecer una orden de pensión alimenticia. Usted es el/la demandante. El/la demandado(a) es de quien usted está demandando manutención. Por favor llene la mayor parte de este formulario que sea posible.

- En la página 2 debajo de la declaración número 5, por favor escriba ahí un listado de las personas por las cuales ud está solicitando manutención- Incluya a su persona si usted está pidiendo manutención de esposa(o) para usted.
- En la página 3, por favor firme en los DOS lugares que dicen demandante.

Cuestionario/hoja de datos para la obtención de información: Por favor de llenar la mayor información posible. En él se encuentran 3 secciones- información de la demandante, información de los niños y la información del demandado. En la página 4 firme y póngale fecha al documento.

Si usted tuviera preguntas, por favor contacte nuestra oficina al número (717) 228-4480 o vía email en CS-Lebanon@pacses.com

En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de **LEBANON** , Pensilvania

Teléfono: 717-228-4480

Fax: 717-274-8358

Solicitud de servicios de pensión alimenticia o manutención de menores.

(Escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre y apellido del solicitante

Número de Seguro Social (SSN)

Nombre y apellido de la otra parte

Solicito servicios de pensión alimenticia/manutención de menores según el Título IV-D de la Ley de Seguro Social, y sus enmiendas, a la Sección de Relaciones Domésticas del condado de

Firma del solicitante

Fecha

De conformidad con la Sección 7(b) de la Ley de Privacidad, por la presente se le notifica que su número de Seguro Social es obligatorio, de acuerdo a la Sección 466 (a)(13) de la Ley del Seguro Social [42 U.S.C. 666(a)(13)], Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa C.S.) párrafo 4304.1 y párrafo 4353(a.2). Además, se le notifica que esta información será utilizada por el programa determinado según el Título IV-D para localizar personas con el propósito de determinar la paternidad y de determinar, modificar y hacer cumplir las obligaciones de pago de manutención.

FOR OFFICE USE ONLY
Date rec'd in DRS _____

TANF NON-TANF IV-E

Service Type

Form IN-001 12/16
Worker ID



En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de **LEBANON** , Pensilvania

[Redacted] Demandante

contra

[Redacted] Demandado/a

)Número de expediente:

)

)Número de caso del PACSES:

)

)Otro número de ID oficial:

Demanda de pensión alimenticia

Demanda nueva Demanda modificada

1. El/la demandante reside en

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] Condado.

La fecha de nacimiento del/de la demandante es [Redacted]

2. El/la demandado/a reside en

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted] Condado.

La fecha de nacimiento del/de la demandado/a es [Redacted]

3. (a) El/la demandante y el/la demandado/a se casaron el _____
en _____

(b) El/la demandante y el/la demandado/a se separaron el _____

(c) El/la demandante y el/la demandado/a se divorciaron el _____
en _____

(d) Dirección del último domicilio conyugal:

4. La parte demandante y la parte demandada son los padres de los siguientes niños:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	¿Nacido/a del matrimonio? S = Sí, N = No
--------	---------------------	------	---

[Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]

Residencia: [Redacted]
[Redacted]

Residencia: _____



contra

Número de caso PACSES:

Residencia: _____

Residencia: _____

Residencia: _____

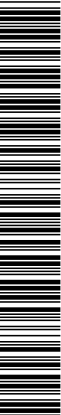
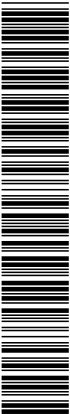
Residencia: _____

5. La parte demandante solicita recibir manutención de menores/pensión alimenticia para las siguientes personas:

6. (a) El/la demandante recibe no recibe asistencia pública por la cantidad de \$ _____ al mes por pensión alimenticia de:

(b) El/la demandante recibe ingresos adicionales por la cantidad de \$ _____ por parte de:

7. Se solicitó una orden de pensión alimenticia previa contra el/la demandado/a el _____ en un procedimiento realizado en _____ por la cantidad de \$ _____ para la manutención de:



Hay No hay atrasos por la cantidad de \$ _____ .

La orden ha no ha terminado.

8. El/la demandante recibió pensión alimenticia por última vez del/de la demandado/a por la cantidad de \$ _____ el _____ .

POR LO TANTO, la parte demandante solicita que se dicte una orden en nombre del/ de los niño(s) y/o cónyuge antes mencionados para el pago de una manutención de menores/pensión alimenticia y cobertura médica razonables.

Demandante o Abogado para el Demandante

Fecha

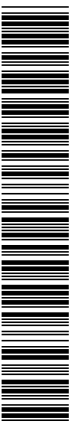
Confirmando que las declaraciones hechas en esta demanda son verdaderas y correctas. Comprendo que las declaraciones falsas manifestadas en este documento están sujetas a las penalizaciones de conformidad con lo estipulado en el Art. 4904 del título 18 de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa. C.S.) con relación a las falsificaciones no juramentadas ante las autoridades.

Demandante

Fecha

NOTIFICACIÓN

Los lineamientos para la manutención de cónyuges y menores y para las pensiones alimenticias durante el juicio han sido establecidos por el Tribunal de Primera Instancia y están disponibles en la Oficina de la Sección de Relaciones Familiares:



En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de LEBANON , Pensilvania

Teléfono: 717-228-4480

Fax: 717-274-8358

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del/de la demandante: _____
Nombre del/de la demandado/a: _____
Número de expediente: _____
Número de caso del PACSES: _____
Otro número de ID oficial: _____

Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

(Por favor, escriba claramente con letra de molde)

INFORMACIÓN DEL/DE LA DEMANDANTE / GUARDIAN: Relación con los menores: _____

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) _____

Sobrenombre _____ Nombre de la madre (si no es la demandante) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Condado _____

Descripción física: Al. _____ Peso _____ Ojos _____ Cabello _____ Raza _____

Teléfono particular o de la casa () _____ No. Seguro Social _____

Teléfono comercial o del trabajo () _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Teléfono móvil o celular () _____

Correo electrónico _____

Apellido de soltera de la madre _____

Nombre del padre _____

Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

Abogado del/de la demandante _____

Dirección del abogado del/de la demandante _____

Nombre del empleador _____ Pago neto \$ _____ al _____

Dirección del empleador _____

_____ Teléfono del empleador () _____

Nombre de la compañía de seguros médicos _____ No. de Póliza _____

Dirección de la compañía de seguros médicos _____

_____ Teléfono de la aseguradora () _____

Estado civil con respecto al demandado/a: __ Divorciado/a __ Casado/a __ Separado/a __ Soltero/a

Fecha de matrimonio ____ / ____ / ____ Separación ____ / ____ / ____ Divorcio ____ / ____ / ____

Lugar de matrimonio _____ Lugar de divorcio _____

Dirección del último domicilio conyugal _____



Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

INFORMACIÓN DEL/DE LA DEMANDANTE / GUARDIÁN (continuación)

Nombre de un pariente o amigo _____ Relación _____

Dirección del pariente o amigo _____

Número telefónico del pariente o amigo () _____

INFORMACIÓN DE LOS HIJOS (Unicamente hijos del/de la demandado/a)

<u>1. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre _____ Nombre del padre _____

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>2. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre _____ Nombre del padre _____

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>3. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre _____ Nombre del padre _____

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>4. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre _____ Nombre del padre _____

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____



INFORMACIÓN DE LOS HIJOS (continuación)

5. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) NO. SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO ¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?

Apellido de soltera de la madre Nombre del padre

SÍ O NO

Hospital de nacimiento Ciudad, Estado y País de nacimiento

6. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) NO. SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO ¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?

Apellido de soltera de la madre Nombre del padre

SÍ O NO

Hospital de nacimiento Ciudad, Estado y País de nacimiento

INFORMACIÓN DEUDE LA DEMANDADO/A

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) _____

Apellido de soltera / Sobrenombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Condado _____

Descripción física: Al. _____ Pes _____ Ojos _____ Cabello _____ Raza _____

Teléfono particular o de la casa () _____ No. Seguro Social _____

Teléfono comercial o del trabajo () _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Teléfono móvil o celular () _____

Correo electrónico _____

Apellido de soltera de la madre _____

Nombre del padre _____

Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

Abogado del/de la demandado/a _____

Dirección del abogado del/de la demandado/a _____

Nombre del empleador _____ Pago neto \$ _____ al _____

Dirección del empleador _____

_____ Teléfono del empleador () _____



Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

INFORMACIÓN DEL DEMANDANDO (continuación)

Nombre de la compañía de seguros médicos _____ No. de Póliza _____

Dirección de la compañía de seguros médicos _____

_____ Teléfono de la aseguradora () _____

Nombre de un pariente o amigo _____ Relación _____

Dirección del pariente o amigo _____

Número telefónico del pariente o amigo () _____

INFORMACIÓN DE LA ORDEN DE PENSIÓN ALIMENTICIA EXISTENTE / ASISTENCIA:

¿Están los menores bajo un proceso de obtención de custodia? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, enumere los nombres de los menores: _____

¿Está recibiendo asistencia en efectivo o médica? Sí No ¿Está solicitándola? Sí No

¿Está recibiendo subsidio para el cuidado de menores? Sí No

No. de caso de su Asistencia Social _____

Orden de pensión alimenticia existente: Sí No No. de caso _____ Condado _____ Estado _____

Cantidad para el/la cónyuge: \$ _____ al mes

Cantidad para los menores: \$ _____ al mes

Cantidad para la familia (cónyuge y menores): \$ _____ al mes

A mi leal saber y entender, confirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas. Comprendo que cualquier declaración falsa está sujeta a penalización de conformidad con lo establecido en el artículo 4904, del Título 18, de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa. C. S., Pennsylvania Consolidated Statutes) con relación a las falsificaciones sin juramentar ante las autoridades.

Fecha

Firma del/de la demandante / Guardián

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: (Encierre en un círculo la opción correcta)

TIPO DE BENEFICIARIO: con TANF (Ayuda temporal para las familias necesitadas) sin TANF IV-E

HONORARIOS PAGADOS: Sí No N/A

