

Cómo solicitar servicios IV-D:

Cualquier persona puede solicitar todos los servicios de pensión infantil disponibles. Esta solicitud se usa para procesar una pensión según el Título IV-D del Programa de Pensión Infantil, financiado a través de los gobiernos federales y estatales, y administrado en New Jersey por la División de Desarrollo Familiar del Departamento de Servicios Humanos en sociedad con las divisiones de Libertad Provisional del Tribunal Superior.

Antes de que podamos ayudarle a cobrar la pensión o proporcionarle el servicio adecuado para usted y sus hijos, debe leer la información del programa en las siguientes páginas, la que debería responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los servicios de pensión infantil en New Jersey y sus responsabilidades como cliente de la Agencia de Pensión Infantil (CSA, por sus siglas en inglés).

Usted debe llenar y firmar la solicitud de Servicios de Pensión Infantil y el formulario de Información de Casos de Pensión Infantil y devolvérsenos ambos documentos lo más pronto posible. Mientras más pronto nos otorgue el permiso para trabajar en su caso y nos proporcione la información requerida, más rápido la Agencia de Pensión Infantil comenzará a tomar medidas para cobrar la pensión para sus hijos.

Después de leer y llenar la solicitud, debe llevarla a los siguientes lugares para que sea procesada:

La División de Familia, en su condado de residencia para que se establezca una orden judicial. Usted debe saber dónde vive el otro padre o pareja.

o también a

La Agencia de Bienestar del condado, en su condado de residencia, si no sabe dónde vive o trabaja padre/madre o la otra parte, y necesita ayuda para ubicarlos para fines del tribunal. Esperamos trabajar con usted para ayudarle a obtener la pensión infantil que su familia merece.

Sólo para servicios de localización:

División de Servicios Sociales

Para establecer la paternidad o una orden de pensión:

División de Familia

Para cumplimiento de la pensión:

División de Libertad Provisional

Parte A. CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA DE PENSIÓN INFANTIL

En la **Parte A** se da respuesta a algunas preguntas que usted podría tener sobre el programa de pensión infantil.

¿Cuáles son los servicios de pensión infantil? Los servicios de pensión infantil incluyen: Ubicar al padre que tiene la obligación de dar la pensión a sus hijos, determinar legalmente si una persona es el padre biológico de su hijo, obtener una orden de pensión infantil y servicios de pensión médica (si se encuentran disponibles a un costo razonable), cobrar los pagos de la pensión, mantener registros precisos de los pagos y hacer cumplir la orden de pensión.

¿Quién proporciona estos servicios? En New Jersey, el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés), la División de Desarrollo de la Familia (DFD, por sus siglas en inglés), la Oficina de los Servicios de Pensión Infantil (OCSS, por sus siglas en inglés) (el Título IV-D de la agencia estatal), las agencias de bienestar del condado (CWA, por sus siglas en inglés), la oficina administrativa de los tribunales (AOC, por sus siglas en inglés), las divisiones de familia del Tribunal Superior del condado y la División de Libertad Provisional del condado trabajan en conjunto para proporcionar servicios de pensión a su familia.

¿Qué hace la Oficina de Servicios de Pensión Infantil? -La DFD/OCSS es responsable de garantizar que el programa de pensión infantil del estado funcione en forma adecuada y eficiente, y que todos sus agentes cumplan todos los aspectos de la ley federal.

¿Qué hace la Unidad de Pensión Infantil de la Agencia de Bienestar del condado? -La CWA ubica a los deudores y presenta quejas por no pago de la pensión para la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) activa ante la División de Familia.

¿Qué hace la División de Familia? -La División de Familia es responsable del establecimiento de órdenes de paternidad, pensión y médicas.

¿Qué hace la División de Libertad Provisional? La División de Libertad Provisional controla y cumple las órdenes judiciales, incluidas aquellas para la pensión infantil y médica, y el pago de pensiones alimenticias. La División de Libertad Provisional puede participar en el caso después de presentar una orden de pensión. Todas las órdenes de pensión se pagan a través de New Jersey Family Support Payment Center (NJFSPC), a menos que las órdenes judiciales indiquen lo contrario.

¿Me representa ante el tribunal La División de Libertad Provisional? No. La División de Libertad Provisional no lo representa. El sistema judicial es quien supervisa que se cumplan las órdenes judiciales. La División de Libertad Provisional no toma partido por ninguno de los padres. Si usted tiene que presentarse ante el tribunal, puede representarse a sí mismo o contratar un abogado.

¿Quién puede solicitar estos servicios? Cualquiera de los padres o las personas que tengan la tutela de un niño que necesite ayuda para establecer una orden de pensión infantil o médica, o cobrar los pagos de pensión puede solicitar los servicios de cumplimiento de la pensión infantil. Las personas que han recibido asistencia según la *Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)*, *Medicaid* y *los programas de Hogares Tutelares con Asistencia Federal* serán referidas automáticamente a los servicios de cumplimiento de la pensión infantil.

- Aunque la mayoría de los padres que tienen la tutela son madres, tenga presente que tanto la madre como el padre pueden tener la tutela primaria del niño.
- Cualquiera de los padres puede obtener ayuda para que se revise una orden de pensión infantil al menos cada tres años, o cada vez que haya un cambio importante en las circunstancias a fin de garantizar que la orden siga siendo justa.
- Un padre soltero puede solicitar servicios para establecer la paternidad, es decir, una relación legal con su hijo.

Un padre que no tenga la tutela cuyo caso no esté en el Programa CSE puede solicitar los servicios y hacer los pagos a través del Programa. Hacer esto garantiza que exista un registro de los pagos realizados.

- Los servicios de localización se encuentran disponibles para los padres que no tienen la tutela cuyos hijos les han sido ocultados, infringiendo una orden de tutela o visita.

¿Se cobra una tarifa por este servicio? Sí, puede existir una tarifa simbólica. Consulte la Parte D de la solicitud.

¿Quién es el acreedor? Es la persona que recibe la pensión ordenada por el tribunal.

¿Quién es el deudor? Es la persona a quien el tribunal le ordena pagar la pensión.

¿Qué es NJKiDS? NJKiDS (New Jersey Kids Deserve Support) es el sistema computacional utilizado por el Personal de Pensión Infantil para controlar, rastrear y almacenar información sobre su caso.

¿Cómo establezco la paternidad? La paternidad se puede establecer de las siguientes maneras:

- Si el niño nació durante el matrimonio se presume que el esposo es el padre y no se tiene que establecer la paternidad.
- Si el niño nació fuera del matrimonio el Certificado de Paternidad lo pueden firmar ambos padres.
- Para obtener la determinación legal de la paternidad se puede presentar una queja ante la División de Familia. La paternidad se puede establecer por consentimiento o por una prueba genética.

¿Cómo establece el tribunal la cantidad de la pensión infantil y médica de mi hijo? Por lo general, el tribunal establece la cantidad de la pensión utilizando las pautas de pensión infantil de New Jersey. La cantidad de la pensión se basa en el ingreso de ambos padres y la cantidad promedio que las familias intactas gastan en sus hijos. Las pautas de pensión aparecen en el Apéndice IX-A de las Normas Procesales de New Jersey. Estas normas procesales se pueden encontrar en la biblioteca legal del tribunal del condado o en la biblioteca pública de éste. También puede encontrar dichas normas procesales en el sitio Web del Poder Judicial de New Jersey, <http://www.njcourtsonline.com>.

¿Cómo se reciben los pagos? En la mayoría de los casos, el deudor debe hacer los pagos a través del centro de New Jersey Family Support Payment (NJFSPC). Una vez que se recibe el pago, éste se abona en la cuenta del deudor y luego se envía al obligante mediante un depósito directo, una tarjeta de débito o un cheque. **El acreedor no debe aceptar pagos directamente del deudor sin la aprobación previa del tribunal.** Si el acreedor está en la asistencia pública, el cheque va a la agencia que proporciona la asistencia. Sin embargo, el acreedor recibirá los primeros \$50 del pago de la pensión infantil actual mensualmente.

¿Qué sucede si el deudor no paga? Si el deudor no paga, la División de Libertad Provisional tomará medidas para hacer cumplir la orden. Entre estas medidas se incluyen: Solicitar al empleador del deudor que retire la cantidad de la pensión de los ingresos del deudor, retirar la cantidad adeudada de la devolución de impuestos o de los premios de la lotería, devolver el caso a los tribunales, informar la morosidad a una agencia comercial de crédito o proceder a la ejecución sobre la propiedad del deudor, tal como cuentas bancarias, ganancias de seguros o bienes raíces.

¿Qué sucede si el deudor se muda a otro estado? Si el deudor se muda fuera de New Jersey, la División de Libertad Provisional puede hacer que un empleador fuera del estado retenga la cantidad de la pensión de los ingresos del deudor. Si esto no tiene éxito, es posible que deba presentar una petición solicitando al otro estado hacer cumplir la orden de pensión a través de los tribunales de dicho estado. La División de Libertad Provisional le informará si esto es necesario y le ayudará a presentar los documentos. Aunque no hay costo por presentar una petición, algunos estados cobran una pequeña tarifa por procesar los pagos y pueden deducir dicha tarifa de la recaudación antes de enviársela a usted.

¿Cuánto tiempo se necesita para establecer una orden de pensión? Eso depende de las circunstancias de su caso y de los servicios que solicite. Después de presentar la solicitud por servicios se necesita tiempo para notificar a todas las partes de la audiencia. El establecimiento de una orden de pensión, a través de la División de Familia, habitualmente demora 90 días o menos, si ambas partes viven en New Jersey. Si una de las partes vive fuera del estado, este proceso puede tardar más.

¿Cuánto tiempo pasará antes de que comience a recibir los pagos? Una vez que se ha establecido la orden, el deudor es responsable de enviar los pagos directamente a NJFSPC. Tan pronto como se reciba dicho pago el centro de pago lo procesará y enviará dentro de 2 días hábiles al acreedor. Si se ha ordenado la retención de los ingresos pueden pasar hasta 4 semanas antes que el empleador remita el pago.

USTED NO RECIBIRÁ EL PAGO DE LA PENSIÓN SI EL DEUDOR NO PAGA

¿Cómo puedo averiguar si se ha hecho el pago? Para tener acceso a cualquier información sobre pensión infantil usted deberá proporcionar la identificación de su caso de pensión infantil (que comienza con "CS"). Existen dos opciones para obtener información en 24 horas:

1. Llamar a la línea directa de la Oficina de Pensión Infantil al **1-800-621-KIDS (5437)** para información sobre el pago.

2. Visitar el sitio Web de la Oficina de Pensión Infantil en **njchildsupport.org** para información de pago y casos. La información de su caso se actualiza todas las noches. El número de teléfono de la División de Libertad Provisional local también se encuentra disponible a través de estas fuentes.

¿Termina automáticamente mi orden de pensión cuando mi hijo cumple 18 años? A menos que lo especifique la orden judicial, no existe una edad fija en New Jersey para suspender la pensión. Una vez que su hijo cumpla 18 años o sea financieramente independiente, usted o el otro padre debe presentar los documentos ante el tribunal para solicitar que se ponga término a la orden o que ésta se ajuste. En base a los hechos, el tribunal decidirá si el niño todavía necesita la pensión de los padres. Esto se conoce como "**emancipación**". Generalmente, el tribunal presume que los niños menores de 18 años necesitan una pensión de sus padres. En algunos casos, la pensión puede continuar hasta la universidad o incluso por más tiempo.

¿Qué sucede si necesito un aumento en la orden de pensión infantil o médica para mis hijos? Cada vez que se produce un cambio importante en las circunstancias, se puede presentar un recurso ante la División de Familia para modificar los términos de la orden judicial. También puede solicitar una revisión de la cantidad de la orden de pensión infantil al menos una vez cada 3 años, a partir de la fecha en que el tribunal ingresó o modificó la orden. Las revisiones las lleva a cabo la Unidad de Pensión Infantil de la Agencia de Bienestar del condado (CWA/CSU). Este servicio está a su disposición incluso si usted nunca ha recibido la Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF). Además, usted puede solicitar asistencia para obtener una pensión médica para su hijo, si ésta no está incluida en su actual orden. Los números de teléfono de CWA aparecen en las páginas 1 a 4 de la solicitud.

Tenga en cuenta: Le ley también exige que todas las órdenes de pensión infantil ingresadas, modificadas o ejecutadas el 1 de septiembre de 1998 o antes de esta fecha se revisen cada dos años para reflejar los cambios en el costo de la vida. Ajuste del costo de la vida (COLA, por sus siglas en inglés) es una revisión y ajuste automático de las órdenes de pensión infantil que están siendo cumplidas bajo el Título IV-D. COLA no es una modificación de la orden.

¿A quién puedo llamar para obtener más información? Antes de ingresar una orden de pensión, comuníquese con la División de Familia o la Agencia de Bienestar local del condado. Después de haber ingresado una orden, comuníquese con la División de Libertad Provisional local en su condado. Los números de teléfono de las tres agencias se indican en la portada de esta solicitud.

PARTE B. SUS RESPONSABILIDADES COMO EL ACREEDOR

La **Parte B** le indica cuáles son sus responsabilidades como solicitante de servicios de pensión infantil. Léala cuidadosamente. Si no comprende sus responsabilidades, pídale al personal de la Agencia de Pensión Infantil que se las explique. Necesitamos su colaboración para poder prestarle servicios de pensión infantil oportunos y eficaces.

A fin de que la Agencia de Pensión Infantil (CSA) le ayude en forma adecuada, usted debe:

- Proporcionar toda la información y documentación disponible cuando presente la solicitud, a fin de ayudarnos a manejar su caso. También debe informar inmediatamente a CSA de cualquier información nueva o cambio en la misma.
- Proporcionar información de identificación y ubicación precisa del deudor.
- Según lo solicitado, llenar todos los documentos necesarios para que CSA establezca o cumpla una orden de pensión.
- Presentarse a las pruebas genéticas (si ha solicitado que se establezca la paternidad) o audiencias judiciales según sea notificado.
- Si se lo solicitan, preséntese en la oficina de CSA designada para entregar información de forma verbal o escrita.
- Informar a CSA inmediatamente si hay algún cambio en su dirección, número de teléfono o tutela de un niño.

Además, usted debe comprender que:

- Usted puede contratar un abogado que lo represente o usted puede representarse a sí mismo en cualquier momento. Si contrata un abogado, usted acepta informar a CSA el nombre y la dirección de éste. Si usted o su abogado inicia una acción judicial, usted acepta proporcionar a CSA una copia de cualquier orden judicial que sea el resultado de dicha acción.
- La calidad de la información que usted entrega afecta la prioridad asignada a su caso y el éxito para proporcionar los servicios solicitados.
- La información que usted proporciona o que CSA recopila es confidencial y está sujeta a las exigencias de protección tanto estatales como federales. Asimismo, ésta no se divulgará a terceros sin su autorización.
- Cualquier registro, correspondencia, memorándum u otro documento que la ley no exija conservar no es información pública y no está disponible para inspección pública.
- Usted es personalmente responsable de cualquier cantidad que se le pague por error. CSA tiene el derecho de ajustar los pagos de pensión futuros para recuperar cualquier cantidad pagada en exceso o enviada por error.

Si usted recibe pagos de pensión que no fueron procesados a través de New Jersey Family Support Payment Center, tales como pagos directos del deudor, una CSA de otro estado en cumplimiento de un embargo o de otro mecanismo legal, usted acepta enviar dicho pago a NJFSPC inmediatamente después de recibirlo de modo que se pueda aplicar a la cuenta del deudor.

- CSA lo ayudará a establecer una orden judicial para que el deudor proporcione un seguro de salud para sus hijos. Si usted o sus hijos son receptores de beneficios de Medicaid bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social, CSA entregará la información del seguro de salud a la División de Servicios de Salud y Asistencia Médica Estatal.

- CSA puede solicitar que el gobierno estatal o federal intercepte la devolución de impuestos del deudor para recuperar las pensiones vencidas adeudadas a usted o al estado. Las normas del Programa de Compensación de Impuestos exigen que:
 - Los fondos interceptados de los impuestos se usarán para cancelar deudas al estado para asistencia pública antes de pagar la pensión vencida adeudada a sus hijos.
 - Si la devolución de impuestos incluye una declaración conjunta sobre la renta, el dinero no se podrá distribuir durante seis meses; y

Si el deudor y el cónyuge del deudor presentaron una declaración conjunta sobre la renta, el cónyuge puede presentar una devolución de impuestos modificada solicitando una parte de la devolución de impuestos de hasta seis años después de que ésta se presentara. Si el IRS determina que al cónyuge se le adeuda una parte de la devolución que usted recibió, usted deberá reembolsar al estado la cantidad adeudada al cónyuge. CSA puede ajustar los pagos de pensión futuros para recuperar esta cantidad.

PARTE C. OTRA INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS

La **Parte C** incluye información adicional sobre los servicios de pensión infantil que usted debe conocer. Le reiteramos que la lea cuidadosamente. Si usted no comprende algo en esta sección, solicite al personal de la Agencia de Pensión Infantil que se lo explique.

Selección del método de cumplimiento. La Agencia de Pensión Infantil selecciona la técnica de cumplimiento basándose en la calidad y disponibilidad de la información del caso y en la ley estatal. **Un deudor no puede elegir cómo se cumplirá la orden.**

Cese de los servicios. Se puede dar término a los servicios de pensión infantil si:

- El deudor no colabora y esta colaboración es necesaria para establecer o cumplir la orden.
- No se puede contactar al deudor por sesenta días y la correspondencia enviada a la dirección del mismo ha sido devuelta.
- El deudor fallece, es internado, se muda a otro país o no se puede ubicar dentro de cuatro años.
- Ya no se adeuda ninguna obligación de pensión a la familia, ni tampoco hay pensiones vencidas adeudadas.
- El niño sujeto de la orden de pensión fallece.

Se notificará al deudor por escrito 60 días antes de poner término a los servicios de pensión infantil.

Restricciones de la Agencia de Pensión Infantil. La Agencia de Pensión Infantil **no está autorizada para:**

- actuar como su representante legal o asignar un abogado a su caso;
- manejar asuntos que involucren el establecimiento de visitas, tutela o propiedad (se requiere una acción judicial);
- arrestar al deudor o emitir una orden (se requiere una acción judicial);
- firmar documentos en su nombre (por ejemplo, solicitudes de quiebra, órdenes de cumplimiento o dictar embargos para sentencias o solicitar la emancipación de un niño).

PARTE D. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE PENSIÓN INFANTIL DISPONIBLES

La **Parte D** explica los servicios con los que contamos. Más adelante, usted tendrá la posibilidad de seleccionar los servicios que desea. Recomendamos los Servicios de Pensión Infantil completos ya que incluyen todos los servicios y tienen la tarifa más baja para el solicitante.

El solicitante puede pedir una de las siguientes categorías de servicios a la Agencia de Pensión Infantil (CSA):

Servicios de Pensión Infantil IV-D completos. Los servicios proporcionados por CSA bajo esta categoría incluyen: Establecimiento de paternidad, localización del deudor, establecimiento de la orden de pensión, cobranza de pensiones vencidas de la devolución de impuestos, cobranza y control del pago de pensiones, retención de ingresos (deducción automática de una fuente de ingresos como salarios, por desempleo, etc.), procesamiento de fallos, informes de crédito, servicios de pensiones médicas, cumplimiento judicial de órdenes de pensión, y revisión y ajustes periódicos de la adjudicación de la pensión. No todos los solicitantes requieren todos los servicios CSA proporcionará todos los servicios IV-D adecuados (definidos a continuación). Existe una tarifa de **\$6.00** por los Servicios de Pensión Infantil Vv-D completos. **NOTA: ESTA OPCIÓN INCLUYE TODOS LOS SERVICIOS INDICADOS A CONTINUACIÓN Y TIENE LA TARIFA MÁS BAJA.**

- **Servicios de localización.** CSA tratará de encontrar al deudor utilizando el Servicio Estatal de Localización de Padres (SPLS, por sus siglas en inglés) y el Servicio Federal de Localización de Padres (FPLS, por sus siglas en inglés). El SPLS revisa los registros de las demás agencias estatales, tales como la División de Vehículos Motorizados, la División de Impuestos, el Departamento del Trabajo y el Departamento Correccional. FPLS busca en los registros del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Defensa, el Centro Nacional de Expedientes Personales, la Administración del Seguro Social y la Administración de Veteranos.
- **Servicios de paternidad.** CSA presentará una queja ante los tribunales o usará otros recursos para que se determine legalmente quién es el padre de su hijo. A fin de ayudar a determinar esto, el tribunal puede ordenar un examen de sangre o una prueba genética. Además, el tribunal puede exigirle a usted que pague la prueba genética si la persona que usted nombra no es el padre biológico.
- **Servicios de pensión.** CSA presentará una queja y programará una audiencia con el tribunal a fin de establecer una orden de pensión en contra del padre que no tiene la tutela.
- **Servicios de pensión médica.** CSA solicitará una orden judicial que exija al deudor proporcionar la cobertura de seguro de salud para sus hijos.

Servicios sólo de monitoreo. Los servicios provistos por CSA bajo esta categoría incluyen: Establecimiento de una orden de pensión, cobranza y control de pagos, uso de la retención de ingresos y acción judicial para el cumplimiento de la orden de pensión. **Los servicios sólo de monitoreo no incluyen lo siguiente:** Localización de deudores usando el Servicio Estatal y Federal de Localización de Padres, pago de los costos para establecer la paternidad y cumplimiento de la obligación de pensión usando los programas de intercepción de impuestos. Se cobrará una tarifa anual de **\$25** por estos servicios.

CHILD SUPPORT CASE INFORMATION

SECTION I - APPLICANT CHILD SUPPORT INFORMATION

| | |
|--|--|
| APPLICANT INFORMATION - Please complete this information about yourself | |
| Your relationship to the child(ren): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Paternal Grandparent <input type="checkbox"/> Maternal Grandparent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other | |
| Does the child(ren) live with you? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, who does the child(ren) live with? Name: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____ | |
| Are you currently receiving Public Assistance? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Did you ever receive Public Assistance? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Did you ever receive Medicaid? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

APPLICANT INFORMATION REGARDING CURRENT AND/OR PAST CHILD SUPPORT ARRANGEMENTS

| | |
|--|--|
| Please provide all available details regarding your current and/or past support arrangements. | |
| Have you ever made a private agreement with the other parent for child support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Amount: \$ _____ every <input type="checkbox"/> week <input type="checkbox"/> two weeks <input type="checkbox"/> month, beginning on _____ | |
| Are there any court actions pending in any state to establish or enforce support for your child(ren)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, court (county, state): _____ . date filed: _____ | |
| Do you have an existing court order for child support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No \$ _____ every <input type="checkbox"/> week <input type="checkbox"/> two weeks <input type="checkbox"/> month starting on _____ What court entered this order (County, State)? _____, _____ | |
| The current support order requires payments to be made (check one) <input type="checkbox"/> directly to me <input type="checkbox"/> to a child support enforcement agency (County, State) _____, _____ <input type="checkbox"/> by income withholding directly to me <input type="checkbox"/> by income withholding to a child support enforcement agency (County, State) _____, _____ | |

SECTION II - APPLICANT INFORMATION

| APPLICANT PERSONAL INFORMATION - Please complete this information about yourself | | | | |
|---|------|---|---|--|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: | | Date of Birth | Social Security Number or TAX Identification Number | |
| Maiden Name and/or Other Names used | | U.S. Citizen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If No, What Country? Alien Registration No. | | |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other | | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Primary spoken language _____ Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, specify language _____ | | Home Phone | Drivers License number | |
| | | Cell Phone | Issuing State | |
| | | Email Address: | | |
| Home Address | City | State | Zip Code | County |
| Mailing Address if different from home address | City | State | Zip Code | |
| Your current Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Civil Union | | | | |
| Are you married to the parent of the child(ren)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Date: _____ City, State of Marriage _____ | | Are you divorced from the parent of the child(ren)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Date: _____ City, State of Divorce _____ | | |

| APPLICANT EMPLOYMENT INFORMATION | | | |
|---|----------------------------|---|----------|
| Employer Name <input type="checkbox"/> Self-employed (company name) | | Active Military Status <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Military Branch | |
| Employer Address | City | State | Zip Code |
| May we contact you at work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Work Phone: Fax Number: | Work Email ID: | |

| | | |
|--|-------|----------|
| APPLICANT ATTORNEY INFORMATION | | |
| Your Attorney's Name (if you have an attorney for this case) | | Phone: |
| Attorney's Address | | Fax: |
| | | Email: |
| City | State | Zip Code |

SECTION III - PARENT INFORMATION

| | | |
|--|---|---|
| PARENT PERSONAL INFORMATION- Please complete this information about the parent you are filing this application against | | |
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: | | Social Security Number or TAX Identification Number: _____ |
| Date of Birth _____ | Place of Birth: City: State: Country | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| Maiden Name and/or Other Names used | | U.S. Citizen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If No, What Country? _____ Alien Registration No. _____ |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other | | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic |

| | | | |
|--|--|--|--|
| PARENT IDENTIFYING INFORMATION: Please complete this information about the parent you are filing this application against | | | |
| Hair Color: <input type="checkbox"/> Balding <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Blond <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Gray/White <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> None/Bald <input type="checkbox"/> unknown <input type="checkbox"/> Other | | Eye Color: <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Blue <input type="checkbox"/> Green <input type="checkbox"/> Gray Hazel <input type="checkbox"/> Other | |
| Height: Weight: | | Facial Hair: | |
| Distinguishing Features (Scars, Marks, Tattoos, Glasses): | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|----------------|--------------|
| PARENT CONTACT INFORMATION: Please complete this information about the parent you are filing this application against | | | | | |
| Primary spoken language _____ Does the parent need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, specify language _____ | | Home Phone _____ Cell Phone _____ | Drivers License number _____ Issuing State _____ | | |
| Email Address: _____ | | | | | |
| Last Known Home Address _____ | | City _____ | State _____ | Zip Code _____ | County _____ |
| Lives with: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Other Name: _____ | | | | | |
| Last Known Mailing Address if different from home address _____ | | City _____ | State _____ | Zip Code _____ | |
| Is the parent currently incarcerated or institutionalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | If yes, provide details: Name of the prison/jail/institution: _____ City, State: _____ | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---------------------|----------------|--|
| PARENT'S EMPLOYER INFORMATION - Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against | | | | | |
| Employer Name <input type="checkbox"/> Self-employed (enter company name) _____ | | | Phone Number: _____ | | |
| Address _____ | | City _____ | State _____ | Zip Code _____ | |
| Salary \$ _____ every <input type="checkbox"/> week <input type="checkbox"/> 2 weeks <input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> year | | Type of work performed _____ | | | |
| Belong to Union? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Union Name _____ Local # _____ | | | | | |
| Additional Employment _____ | | | Phone Number: _____ | | |
| Address _____ | | City _____ | State _____ | Zip Code _____ | |
| Salary \$ _____ every <input type="checkbox"/> week <input type="checkbox"/> 2 weeks <input type="checkbox"/> month <input type="checkbox"/> year | | Type of work performed _____ | | | |
| Military Service <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Branch: <input type="checkbox"/> Army <input type="checkbox"/> Navy <input type="checkbox"/> Air Force <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Coast Guard | | Status? <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Reserve <input type="checkbox"/> Retired _____ (mm/yyyy) <input type="checkbox"/> Discharged _____ (mm/yyyy) | | | |
| Duty Station: (Base/Post/Ship and City/State) _____ | | | | | |

| | |
|--|---|
| PARENT'S HEALTH CARE INFORMATION - Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against | |
| Health insurance provider: <input type="checkbox"/> Employer 1 <input type="checkbox"/> Employer 2 | Child(ren) named in this application covered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Policy Number: _____ | Date coverage began: _____ |

| | |
|--|---|
| PARENT'S FINANCIAL INFORMATION - Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against | |
| Does the parent receive any of the following types of income? | |
| <input type="checkbox"/> Unemployment Compensation <input type="checkbox"/> Legal Settlement Income <input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Worker's Compensation <input type="checkbox"/> Commissions <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income <input type="checkbox"/> Other disability <input type="checkbox"/> Public Assistance (Welfare) <input type="checkbox"/> Other Income Source _____ | <input type="checkbox"/> Veteran's Administration Pension <input type="checkbox"/> Railroad Retirement Pension <input type="checkbox"/> Investment Income <input type="checkbox"/> Trust Income <input type="checkbox"/> Dividend Income <input type="checkbox"/> Royalties <input type="checkbox"/> Annuities <input type="checkbox"/> Social Security Retirement <input type="checkbox"/> Social Security Disability <input type="checkbox"/> Rental Income <input type="checkbox"/> Lottery Winnings |
| Parent Bank Account Number _____ | <input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/> Checking |
| Bank Name and Address _____ | |

| | |
|--|-------|
| PARENT'S ATTORNEY INFORMATION- Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against | |
| Parent Attorney's Name | Phone |
| Attorney's Address, City, State Zip Code | Fax |
| | Email |

SECTION IV - CHILD(REN) INFORMATION

INFORMATION ABOUT THE CHILD(REN). Please provide information for each child for whom you are seeking to establish paternity and/or establish a Child Support/Medical Support Order.

CHILD : 1

| | | | |
|--|---|---|---|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: Paternity established? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of Birth | City/State of Birth: | SSN#: _____ 999-99-9999 |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |

CHILD : 2

| | | | |
|--|---|---|---|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: Paternity established? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of Birth | City/State of Birth: | SSN#: _____ 999-99-9999 |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |

CHILD : 3

| | | | |
|--|---|---|---|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: Paternity established? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of Birth | City/State of Birth: | SSN#: _____ 999-99-9999 |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |

CHILD : 4

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: Paternity established? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of Birth | City/State of Birth: | SSN#: <hr/> 999-99-9999 |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | |

CHILD : 5

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Last Name: First Name: Middle Name: Suffix: Paternity established? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date of Birth | City/State of Birth: | SSN#: <hr/> 999-99-9999 |
| Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian, Eskimo Or Aleutian <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic | Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | |

SECTION V - APPLICANT FINANCIAL INFORMATION:

Provide us with information about your income and financial situation. Complete this section only if you are requesting the establishment of a support order for the child(ren) listed on this application. The other parent will be asked to complete a similar form. The court uses the financial information on these forms to set the amount of child support. Additionally, it may be used to determine if the support award should be increased or decreased in the future.

IMPORTANT: You must provide a copy of your most recent federal tax form or your three most recent pay stubs to verify your income. Self-employed persons and business owners must also provide a copy of the most recent federal tax forms for their business. If you are requesting a credit or deduction, you must provide proof of your expenses or obligations.

| Information about your Financial Status. | |
|---|-----------|
| Gross Weekly Income. Report your weekly gross income. Divide monthly income by 4.3 and bi-weekly income by 2.6. You will be required to provide proof of your income when requesting support establishment services. | |
| 1. Salary, wages, commissions, bonuses and other payments for services performed | \$ |
| 2. Income from operating a business minus ordinary and necessary expenses | \$ |
| 3. Social security disability | \$ |
| 4. Social Security retirement | \$ |
| 5. Veteran's Administration pension | \$ |
| 6. Worker's compensation | \$ |
| 7. Other pensions, disability or retirement income | \$ |
| 8. Unemployment compensation | \$ |
| 9. Interest, dividends, annuities or other investment income | \$ |
| 10. Income from the sale, trade or conversion of capital assets | \$ |
| 11. Income from an estate of a decedent (a will) | \$ |
| 12. Alimony or separate maintenance from a previous marriage | \$ |
| 13. Income from trusts | \$ |
| 14. Other income (specify) | \$ |
| 15. Other income (specify): | \$ |
| Total Gross Income (add lines 1 through 15) | \$ |

| Weekly Exemptions. Report the following deductions from your weekly income. | |
|--|----|
| 1. Number of tax exemptions claimed | |
| 2. Mandatory union dues | \$ |
| 3. Mandatory retirement contributions | \$ |
| 4. Health insurance premium (must include child(ren) named in the complaint) | \$ |
| 5. List each alimony or child support order paid by you, if applicable. A) State and Case Number B) State and Case Number | \$ |

Other Dependent Deduction: Complete this section if (1) you are legally responsible for supporting a child or children other than those named in the support complaint or application, (2) the child or children are living with you and (3) you are requesting credit for the amount spent on raising the other child or children when the support award is calculated. You are legally responsible for all children that are yours by birth or adoption. Answer the questions about the other parent of the child or children (for example, your current spouse who is the biological father of at least one of your children).

| | |
|---|----|
| 1. Number of other legal dependents (you must provide proof of the legal relationship) | |
| 2. Number of tax exemptions that parent of the other child(ren) claims | |
| 3. Weekly gross income of the parent of the other child(ren) | \$ |
| 4. Mandatory union dues of the parent of the other child(ren) | \$ |
| 5. Mandatory retirement contributions of the parent of the other child(ren) | \$ |
| 6. Health insurance premiums paid by the parent of the other child(ren) | \$ |
| 7. Alimony or child support orders paid by the parent of the other child(ren) | \$ |

Credit for Child Care Expenses: Complete this section only if (1) you pay for work related child care for a child or children for whom you and the other parent share a legal responsibility to support and (2) you are requesting a credit for these expenses when your support amount is calculated.

| | | | | |
|---|----------------|-------------|--------------|-----------------|
| 1. Annual child care cost (if paid weekly multiply by 52; if monthly multiply by 12) | | | \$ | |
| Child care provider name | Address | City | State | Zip Code |

Income Received by the Child(ren) from the other parent: Complete this section if your child(ren) receive regular payments in the name of the other parent (e.g., social security supplements or veteran's benefits apportionment's).

| | |
|--|-----------|
| 1. Source of benefit(s); | |
| 2. Weekly amount of benefits (requires proof) | \$ |

Health Insurance Benefits. *Provide the following information about your health insurance benefits.*

| | |
|-----------------------------------|---|
| Health Insurance Provider: | Includes child(ren) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Policy Carrier: | Date coverage began: |

CERTIFICATION

I certify that the foregoing statements made by me are true to the best of my knowledge. I am aware that if any of the foregoing statements are wilfully false, I am subject to punishment.

| | |
|--------------|-------------------|
| Date: | Signature: |
|--------------|-------------------|

SECTION VI - PARENT LOCATION INFORMATION

| | | |
|--|--------------|--|
| BACKGROUND INFORMATION ON THE PARENT. Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against. | | |
| Does the parent have a criminal record? | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| If yes, City: _____ | State: _____ | Date: _____ |
| Education: School/College Name | City, State | Date of Attendance: |
| Does the parent belong to any professional/trade associations? | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| If yes, Name: _____ | City _____ | State _____ |
| Does the parent have any professional/trade licenses? | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| If yes, License Number: _____ | Type: _____ | Issuing State: _____ |

| | | | |
|--|-------------------|---|--|
| PARENT'S FRIENDS AND RELATIVES - Please provide information, if known, about the parent you are filing this application against | | | |
| Maiden Name of the parent's mother | | <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Deceased | |
| Address: _____ | City _____ | State _____ | Zip Code _____ |
| Name of the parent's father | | <input type="checkbox"/> Living <input type="checkbox"/> Deceased | |
| Address: _____ | City _____ | State _____ | Zip Code _____ |
| Spouse/Other - Name: | | Relationship: | |
| Address: _____ | City _____ | State _____ | Zip Code _____ |
| Does the parent have any other children besides yours? | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Child Name | Court Order State | Other Parent Name on the order | |

| | |
|--|--|
| PARENT FINANCIAL ASSETS INFORMATION. Please provide information, if known. | |
| Does the parent own any homes or real estate? | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please provide the address below. | |
| Address of Property (address, city, state, zip code): | |
| Address of Property (address, city, state, zip code): | |

| | | | | |
|---|------------------|-------|------------------------|--|
| Does the parent own a motor/recreational vehicle? If Yes, please identify below, about the parent you are filing this application against. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Make | Model | Color | State where registered | License No |
| Make | Model | Color | State where registered | License No |
| Does the parent own a boat? If Yes, please identify below. | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Make | Registration No. | | Moored at: | |

| | | | |
|--|-------------------|-----------------|----------|
| PARENT PAST EMPLOYMENT INFORMATION List the other parent's past employer(s), if known, about the parent you are filing this application against | | | |
| Employer Name | Start Date: _____ | End Date: _____ | |
| Address: | City | State | Zip Code |
| Employer Name | Start Date: _____ | End Date: _____ | |
| Address: | City | State | Zip Code |

CHILD SUPPORT SERVICES APPLICATION

| |
|---|
| FULL SERVICES - Check if requesting full IV-D Child Support Services |
| <input type="checkbox"/> FULL IV-D CHILD SUPPORT SERVICES (\$6 Fee) (This agency will furnish the appropriate services for location; paternity, support and/or medical support establishment; and enforcement actions to which you are entitled.) |
| OTHER SERVICES - Please check if not requesting full services |
| <input type="checkbox"/> Monitoring Services Only (\$25 Annual Fee) (The selection of this service means that certain enforcement options will not be available.) |

AUTHORIZATION

This portion of the application gives us permission to work on your case on behalf of your child(ren). You also agree to cooperate with us and follow the rules of the program. Again, if you do not understand this section, please ask the Child Support Agency's staff to explain it to you.

By signing this application, I agree to the following:

- (1) The Child Support Agency may pursue and use all sources of information legally available to support its investigation of my case and perform the services that I have requested;
- (2) I will cooperate with the Child Support Agency in its efforts to provide the requested services and comply with the obligee's responsibilities listed in Part B of this application;
- (3) **I will not accept court ordered support payments directly** from the obligor or, if any are received, I will immediately forward them to the New Jersey Family Support Payment Center (NJFSPC);
- (4) I am not entitled to interest on any child support payment for the time it is held in the NJFSPC bank account pending distribution;
- (5) In accordance with N.J.S.A. 2A:17-56.60, the Child Support Agency may use my Social Security Number as an internal identifier for all child support and paternity purposes. I understand that my Social Security Number, my address and personal information about myself will remain confidential unless I authorize its release; and

The Child Support Agency may terminate my case if I fail to cooperate or conform to the responsibilities documented in this application.

Date

Applicant's Signature

Applicant's Name (Please Print)