

NCP\_CAS\_ID\_CASE CAS\_CD\_CNTY CAS\_CD\_OFFICE  
OFC\_NAME\_BUS  
OFC\_ADDR\_CSZ

(243) 434-3434

Rec\_Name\_Full  
2321  
Rec\_Addr\_CSZ

September 5, 2024



Katie Hobbs  
Governor

DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
*Your Partner For A Stronger Arizona*

Angie Rodgers  
Director

RE: CPP\_NAME\_FULL and NCP\_NAME\_FULL  
AZCARES No.: CAS\_ID\_CASE

**Cuestionario para Revisión de Caso**

Conforme a lo solicitado por ley federal, su caso se está revisando para un ajuste de la cantidad de la orden de sustento de menores . Es importante que usted conteste cada pregunta completamente y verdaderamente. Sus respuestas podrían usarse en el tribunal y tendrán un impacto muy importante en el resultado de la revisión. Las instrucciones adjuntas le ayudarán a responder a las preguntas.

**Si usted no completa y devuelve este documento dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se le envió este documento a usted y si usted no se comunica con nosotros, su Asistencia en Efectivo TANF o sus beneficio médicos de AHCCCS pueden ser cortados o suspendidos..**

- 1) ¿Está usted empleado o espera estar empleado en un futuro cercano?  
Sí ( ) No ( )

Título de su trabajo/ocupación/profesión: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de su empleador actual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó el trabajo: \_\_\_\_\_

**Cada cuándo le pagan:**

Semanal \_\_\_\_\_ Cada dos semanas \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Dos veces al mes \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

**Si usted está empleado usted debe dar copias de sus dos (2) talones de pago más recientes**

- 2) Haga una lista de cualquier otro niño que no vive con usted y por el que usted paga sustento de menores:



Nombre	Edad	Relación	Orden (S/N)	Cantidad (\$)

3) Ponga el nombre y la fecha de nacimiento de cada niño natural o adoptivo que vive con usted y que no es el niño(s) en la lista de arriba. No incluya hijastros.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento

4) ¿Tiene el niño(s) en este caso cobertura de salud privada (no AHCCCS)?

Sí ( ) No ( )

Si es sí, ¿quién provee el seguro? \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información:

Costo Mensual Total \$ \_\_\_\_\_

Costo de la prima por asegurarlo/a sólo a usted \$ \_\_\_\_\_

Costo de la prima por asegurar al niño(s) común de ambas partes \$ \_\_\_\_\_

Haga una lista de todas las personas cubiertas por su cobertura para dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros y Número de Póliza/Grupo: \_\_\_\_\_

5) ¿Tiene el niño(s) en este caso cobertura de KidsCare-Arizona's Children's Health Insurance Program (CHIP)?

Sí ( ) No ( )

Costo mensual \$ \_\_\_\_\_

6) ¿Tiene usted algún costo mensual por cuidados de niños? Sí ( ) No ( )

Explique: \_\_\_\_\_  
(No incluya cuidados de niños que paga D.E.S.)

7) Plan del tiempo que pasa el niño(s) con la persona que paga:

Tiempo en los fines de semana: \_\_\_\_\_ días      Tiempo durante la semana: \_\_\_\_\_ días

Tiempo extendido: \_\_\_\_\_ días      Tiempo durante días festivos: \_\_\_\_\_ días

Vacaciones escolares: \_\_\_\_\_ días      Otro tiempo: \_\_\_\_\_ días



TOTAL: \_\_\_\_\_ DÍAS por AÑO

8) ¿Recibe usted pagos del Seguro Social para su niño(s) debido a discapacidad del otro padre?

**Sí ( ) No ( )**

Si es Sí, por favor complete las preguntas a), b), y c) de abajo:

a) Cantidad del Beneficio que recibe su niño(s): \$ \_\_\_\_\_ por mes

b) ¿Cuándo comenzaron los pagos de discapacidad para sus niño(s)? \_\_\_\_\_

c) Cuando usted empezó a recibir pagos de discapacidad para su niño(s), ¿recibió usted una suma total de beneficios pasados? **Sí ( ) No ( )**

Si es así, cuánto \$ \_\_\_\_\_

¿Para qué periodo de tiempo? \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

9) ¿Han vivido juntos usted y la persona que paga en cualquier momento mientras estaba efectiva una orden de sustento de menores?

**Sí ( ) No ( )**

Si es sí, en qué fechas: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ADICIONAL: (i.e. necesidades especiales para el niño(s))

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Instrucciones Para el Cuestionario Para Revisión del Caso

Las siguientes son instrucciones para completar el Cuestionario para Revisión del Caso. Cada pregunta se debe contestar completamente.

1. Esta pregunta le pregunta a usted sobre su situación de trabajo. Si usted está trabajando actualmente, usted debe explicar:

- la clase de trabajo que usted hace;
- a dónde trabaja;
- cuándo empezó usted a trabajar ahí;
- cada cuándo le pagan.

Si usted está trabajando, usted debe dar copias de sus dos talones de pago más recientes.

Si usted no está trabajando en la actualidad, marque el cuadrado que dice "No" y pase a la siguiente pregunta.

2. Si usted está pagando sustento de menores por cualquier niño que no vive con usted, haga una lista de lo siguiente:

- el nombre y la edad de cada niño por el que usted paga sustento;
- la relación que el niño tiene con usted;
- si hay una orden judicial para que usted pague sustento de menores por el niño;
- la cantidad de dinero que usted paga por el sustento del niño cada mes.

3. Un niño **natural** es un niño que nació de padres en o fuera del matrimonio. Un niño **adoptivo** es un niño que se convirtió en su hijo como resultado de un procedimiento judicial. La pregunta le pide a usted hacer una lista con el nombre completo y la fecha de nacimiento de cada niño natural o adoptivo que vive con usted.

4. Si **alguien** tiene seguro médico privado para el niño(s), marque el cuadrado que dice "Sí". Ponga el nombre de la persona que proporciona el seguro y su relación con el niño(s). Proporcione los costos mensuales para usted y su niño(s) con la persona que paga, todas las personas cubiertas bajo la cobertura de dependientes, y el nombre y el número del grupo y/o póliza de la compañía de seguros.

Si nadie cubre al niño(s), o si el niño(s) recibe AHCCCS o KidsCare, marque el cuadrado que dice "No" y pase a la siguiente pregunta.

5. KidsCare es el Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado de Arizona (CHIP) para niños menores de 19 años que no están cubiertos por ningún otro seguro de salud. Si usted recibe KidsCare para el niño(s) de este caso, marque el cuadrado que dice "Sí" y dé la cuota mensual que usted paga por KidsCare.

Si usted no recibe KidsCare para el niño(s), marque el cuadrado que dice "No" y pase a la siguiente pregunta.

6. Esta pregunta se refiere a los costos mensuales por cuidados de su niño(s) con la persona que paga en este caso AZCARES.

7. El tribunal requiere que la cantidad del sustento de menores se ajuste de acuerdo a la cantidad de tiempo que la persona que paga pasa con el niño(s). Agregue el número total de días por año para cada período y agregue todos los días para el total de días que su niño(s) pasa durante el año con la persona que paga. Proporcione el número real de días que la persona que paga pasa con el niño(s) lo que no es necesariamente el mismo número de días que ordenó el tribunal.



8. Si la persona que paga está discapacitado y usted obtiene pagos del Seguro Social para sus niños, usted debe completar las secciones a, b, y c.
- a. Ponga la cantidad mensual de pagos por discapacidad del Seguro Social que recibió para su niño(s) en el espacio en blanco.
  - b. Sea lo mas específico posible al poner una fecha en estas preguntas. Si usted no sabe la fecha exacta en que comenzaron los pagos para su niño(s), dé el mes y el año.
  - c. Si usted recibió el pago por los beneficios de discapacidad del Seguro Social en una suma total, proporcione la cantidad de la suma total y el período de tiempo que la suma total cubrió.

Si usted no recibe pagos por discapacidad del Seguro Social para su niño(s), marque el cuadrado que dice "No" y pase a la siguiente pregunta.

9. Si la persona que paga vivió con usted en cualquier momento cuando estaba efectiva una orden de sustento de menores, marque el cuadrado que dice "Sí" y dé las fechas en que ustedes vivieron juntos.

Si usted no vivió con la persona que paga después de que estaba efectiva una orden de sustento de menores, marque el cuadrado que dice "No" y pase a Información Adicional.

### **Información Adicional**

Si hay alguna información importante que no se incluyó en este cuestionario, usted puede agregar esa información aquí. El tribunal puede considerar las necesidades especiales de niños superdotados o con discapacidades. También se toma en consideración gastos de escuelas privadas o especiales, u otros gastos necesarios para satisfacer las necesidades educativas del niño(s), si los padres han acordado por escrito o cuando el tribunal lo ha ordenado.

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Child Support Services at (602) 252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al (602) 252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.

