

AFFIDAVIT SUPPORTING PATERNITY
AFIDÁVIT PARA APOYAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD

The purpose of the Affidavit Supporting Paternity is for DCSS to determine the legal father of the child.
DCSS usa ésta afidávít para Apoyar el establecimiento de la Paternidad por el propósito de determinar el padre legal del niño.

- 1) Mother's full name/*Nombre completo de la madre*: _____
- (2) I am the natural mother of/*Yo soy la madre natural de (Child's full name as it appears on birth certificate/Nombre del niño(a) en el acta de nacimiento)*: _____
- (3) Child's date of birth/*Fecha de nacimiento del niño(a)*: _____
- (4) Child's state/country of birth/*Estado/país de nacimiento*: _____
- (5) I became pregnant as a result of sexual intercourse with/*Yo quedé embarazada después de tener relaciones sexuales con (Alleged father's name/Nombre del padre presunto)*: _____
- (6) on/en (*Date of conception/La fecha de concepción*): _____
- (7) in the state/country of/en el estado/país de (*Example/Ejemplo: Arizona*): _____
- (8) Is the alleged father named on the child's birth certificate?/*¿El nombre y apellido del padre presunto aparecen en el acta de nacimiento del niño(a)? Favor de proporcionar una copia. Please provide a copy.* Yes No

ALLEGED FATHER'S INFORMATION/INFORMACIÓN ACERCA DEL PADRE PRESUNTO

- (9) Address/*Dirección (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*:

- (10) Date of birth/*Fecha de nacimiento*: _____
- (11) Social Security number/*Número de seguro social*: _____
- (12) The alleged father has never lived with this child. **OR**/*El padre presunto nunca ha vivido con este niño(a), O*
- (13) The alleged father lived with the child from/*El padre presunto vivió con el niño(a) desde*: _____ to/
hasta _____
- (14) In the state(s) of/*En el estado(s) de*: _____

HUSBAND'S INFORMATION/INFORMACION ACERCA DEL ESPOSO

- (15) Were you married to anyone when your child was born or when you became pregnant?/*¿Estaba casada con alguien cuando su niño(a) nació o cuando salió embarazada?* Yes No

If yes, please provide information on lines 16 through 24 about your husband. If no, proceed to line 25.
Si es así, por favor proporcione información acerca de su esposo en las líneas 16 al 24. Si no estaba casada, continúe con la línea 25.
- (16) Husband's full name/*Nombre del esposo*: _____
- (17) Date of marriage/*Fecha de matrimonio*: _____
- (18) Husband's address/*Dirección del esposo (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*:

- (19) Husband's date of birth/*Fecha de nacimiento del esposo*: _____
- (20) Husband's Social Security number/*Número de Seguro Social del esposo*: _____

Please use black or blue ink ONLY and initial any corrections you have made.

Favor de escribir SOLAMENTE con tinta negra o azul, y escriba sus iniciales al lado de cualquier corrección que haga.

(21) If you were married when the child was born and/or when you became pregnant and are now divorced or legally separated, or have a pending divorce or separation action, please provide the following:

Si usted estaba casada cuando el niño(a) nació o cuando quedó embarazada y ahora está divorciada o legalmente separada, o tiene trámites pendientes para el divorcio o la separación, por favor proporcione la información siguiente:

(22) State/county of your court action (*Decree of Dissolution/Divorce/Separation Agreement*)/Estado / condado donde comenzaron los trámites en el tribunal (corte) (*Acta de divorcio /acuerdo de separación*):

(23) Court order number/*Número del acta de divorcio*: _____

(24) Date of court order (*if any*)/*Fecha del divorcio (si la hay)*: _____

(25) A paternity action had previously been started against the alleged father for this child. *Anteriormente ya se habían comenzado los trámites de paternidad en contra del padre presunto para este niño(a).* Yes No

If yes, please complete the following/*Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información siguiente:*

(26) State and county where action started/*Estado y condado donde comenzaron los trámites*: _____

(27) By whom/*Por parte de quién*: _____

(28) Result of the action/*El resultado de esos trámites*: _____

CHECK THE CORRECT STATEMENT/MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

(29) I did not have sexual intercourse with anyone else 30 days before or after I became pregnant with this child.
Yo no tuve relaciones sexuales con ninguna otra persona treinta días antes o después de que quedé embarazada con este niño(a).

(30) I had sexual intercourse within the time period of 30 days before or after I became pregnant with this child with the following individuals:
Yo tuve relaciones sexuales con el siguiente individuo(s) treinta días antes o después de que quedé embarazada con este niño(a):

(31) Name of other possible father/*Nombre de otro hombre quien posiblemente podría ser el padre*:

(32) Date of sexual intercourse/*La fecha del acto sexual*: _____

(33) Address/*Dirección (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*:

(34) Date of birth/*Fecha de nacimiento*: _____

(35) Social Security number/*Número de seguro social*: _____

(36) Name of other possible father/*Nombre de otro hombre quien posiblemente podría ser el padre*:

(37) Date of sexual intercourse/*La fecha del acto sexual*: _____

(38) Address/*Dirección (No., Street, City, State, ZIP / Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*:

(39) Date of birth/*Fecha de nacimiento*: _____

(40) Social Security number/*Número de seguro social*: _____

(41) Has genetic testing been done for any possible father?/*¿Ha hecho una prueba genética de cualquier padre posible?*
Yes No

Please use black or blue ink ONLY and initial any corrections you have made.

Favor de escribir SOLAMENTE con tinta negra o azul, y escriba sus iniciales al lado de cualquier corrección que haga.

(42) If you have named more than one possible father, explain why you believe that the person listed on page one is the most likely father. The following additional information may assist the state in establishing paternity.

Si usted ha nombrado a más de un padre posible, explique por qué cree que la persona que nombró en la página 1 tiene más posibilidad de ser el padre. Esta información adicional puede ayudar al estado a establecer la paternidad.

Please use the back of this form to provide additional information.

Por favor use el reverso si es necesario para proporcionar información adicional.

I understand that I am required to provide Social Security Numbers known to me for the parties identified in this affidavit pursuant to 42 USC § 652 (a) (7) and 666(a) (5) (iv). DES/DCSS will use this information to establish paternity and if appropriate, to establish and enforce a child support order.

Yo entiendo que es requisito dar los números del seguro social conocidos a mi para las partes identificadas en esta affidavit según 42 USC Sección 652(a) (7) y 666(a) (5) (iv). DES/DCSS usará esta información para establecer la paternidad y, si es apropiado, establecer y ejecutar una orden de sustento.

I declare under penalty of perjury that this affidavit has been read and completed by me and to the best of my knowledge and belief is a true, correct, and complete document.

Yo declaro bajo juramento y en pleno conocimiento de mis facultades mentales que yo misma leí y llené este testimonio y testifico que la información es verdadera y completa.

Print name/*Escriba en letra de molde su nombre:* _____

Date Executed on/*Fecha cumplido:* _____ Signature/*Firma:* _____

Please use black or blue ink ONLY and initial any corrections you have made.

Favor de escribir SOLAMENTE con tinta negra o azul, y escriba sus iniciales al lado de cualquier corrección que haga.

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