



**APPLICATION FOR CHILD SUPPORT  
ENFORCEMENT (CSE) SERVICES**

**SOLICITUD PARA SERVICIOS**

**DE EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN DE MENORES (CSE)**

\_\_\_\_\_ **County/Condado**

**For Office Use Only:**

Date Sent \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date Received \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fee paid by:  CP  NCP  County  
CSE

How Paid:  Cash/M.O.  Check #

**GETTING STARTED  
Comenzando**

**A \$20.00 non-refundable application fee (check or money order, exact cash if applying in person) is required to process this application. *If you have applied for or are receiving TANF or Medicaid this fee may not be required.***  
*Un costo de solicitud no-reembolsable (cheque o Money order, efectivo exacto si solicita en persona) es requerido para procesar la solicitud. **Si usted ha solicitado para o está recibiendo TANF o Medicaid pueda que este costo no sea requerido.***

**WHAT WE NEED FROM YOU:**

*QUE NECESITAMOS DE USTED:*

**To start the process please supply the following legal documents that apply to your situation:**

*Para comenzar el proceso por favor de proveer los siguientes documentos legales que apliquen a su situación:*

- 1. One (1) application for each non-custodial parent**  
*Una (1) solicitud por cada padre sin-la custodia*
- 2. Copy of Birth Certificate and Social Security card for all Children applying for services**  
*Copia de Acta de Nacimiento y Tarjeta de Seguro Social de todos los Niños solicitando servicios*
- 3. Provide copy of personal identification (i.e., Driver's License)**  
*Proveer copias de identificación personal (Ej. Licencia de Conducir)*
- 4. A photo of the other parent, if available, to be returned**  
*Una fotografía del otro padre, si disponible, se le regresara*
- 5. Verification of income (i.e., pay stubs, tax returns)**  
*Verificación de ingreso (Ej. Talones de cheques, impuestos)*
- 6. Copy of Marriage Certificate (if not available, supply date of marriage and court)**  
*Copia de Certificado de Matrimonio (Si no está disponible, proveer fecha de matrimonio y tribunal)*
- 7. Copy of Court orders signed by a judge or magistrate, (if not available supply date, county, state of filing and court case number)**  
*Copia de ordenes de tribunal firmadas por un juez o juez de instrucción, (si no están disponibles proveer fecha, condado, estado en cual se sometieron y número de caso de tribunal*
  - **Divorce Decree or Petition, Separation Agreement**  
*Decreto de Divorcio o Petición, Acuerdo de Separación*
  - **Paternity Orders**  
*Ordenes de Paternidad*
  - **Certified Copy of Child and/or Spousal Support Order**  
*Copia Certificada de Orden de Manutención de Menores y/o Conyugal*
  - **All modifications**  
*Todas modificaciones*
- 8. Complete payment records of all support paid to the custodial party directly or through a court**  
*Completar récord de todos pagos de manutención pagados a la parte con custodia directamente o a través del tribunal*

**SERVICES PROVIDED BY CSE:**  
**SERVICIOS PROVEÍDOS POR CSE:**

**CSE is authorized by law to provide the following services:**

*CSE está autorizado por ley a proveer los siguientes servicios:*

**1. Establishment of paternity (if necessary)**

*Establecimiento de paternidad (si es necesario)*

**2. Establishment and/or modification of a child/medical support order**

*Establecimiento y/o modificación de una orden de manutención de menores/médica*

**3. Enforcement of a child/medical support order, including spousal maintenance when combined with child support**

*Hacer cumplir orden de manutención de menores/médica, incluyendo manutención conyugal cuando es combinada con la manutención de menores*

**4. Payments are processed through the Family Support Registry (FSR)**

*Pagos son procesados a través del Registro de Asistencia Familiar (FSR)*

**5. May collect overdue child support from the non-custodial parent's IRS and State tax refunds or lottery winnings.**

*Pueda que se cobre manutención de menores retroactiva del reembolso del IRS y reembolso de impuestos estatales o ganancias de lotería.*

**• If an IRS intercept occurs, a \$25 fee will be deducted from the intercept**

*Si ocurre una intercepción del IRS, un costo de \$25 será deducido de la intercepción*

**• CSE has authority to hold an IRS joint tax refund prior to release of funds for up to six (6) months**

*CSE tiene la autoridad de retener un reembolso en conjunto de impuestos del IRS antes de soltar los fondos por hasta seis (6) meses*

**• Interest will not be paid on funds that are held**

*No se pagaran intereses en los fondos retenidos*

**HOW WE WORK TOGETHER**

*COMO ES QUE TRABAJAMOS JUNTOS*

**Please read and initial each of the following statements. By initialing each statement, you understand and agree:**

*Por favor de leer y poner sus iniciales en cada uno de las siguientes declaraciones. Al poner sus iniciales en cada declaración, usted comprende y está de acuerdo:*

**INITIAL**

*INICIAL*

\_\_\_ **CSE represents the People of the State of Colorado. No attorney–client relationship or privilege exists between either party and the CSE staff.**

*CSE representa al Pueblo del Estado de Colorado. No existe relación de abogado-cliente o existe privilegio entre ninguna de las partes y los trabajadores de CSE.*

**INITIAL**

*INICIAL*

\_\_\_ **CSE does not handle parental responsibility (custody), parenting time (visitation), or property settlement.**

*CSE no maneja responsabilidades paternales (custodia), tiempo paternal (visitas), o convenio de propiedad*

**INITIAL**

*INICIAL*

\_\_\_ **CSE determines the appropriate actions to be used when providing services.**

*CSE determina utilizar las acciones adecuadas cuando se provienen servicios.*

## INITIAL

### INICIAL

— **If you believe that there is a change (i.e. financial, medical ...) which could cause an adjustment to the amount of the order, you may submit a written request for a review.**

*Si usted cree que hay un cambio (ej. Financiero, medico...) el cual pudiera causar un ajuste a la cantidad de la orden, usted puede someter una solicitud por escrita para un reviso.*

## INITIAL

### INICIAL

— **A written request from the applicant to stop CSE services may be made. However, if TANF and/or Medicaid is still being received or arrears are owed, the case may remain open. CSE may also close your case by using criteria established by current state and federal regulations (i.e. not being able to locate you, if you do not supply a forwarding address ...).**

*Se puede hacer una solicitud por escrita del solicitante para detener los servicios de CSE. Pero, si TANF y/o Medicaid aun son recibidos o se debe deuda atrasada, el caso puede permanecer abierto. CSE también puede cerrar su caso utilizando criterios establecidos por regulaciones estatales y federales presentes (ej. No poder localizarlo, si usted no provee nueva dirección de vivienda...).*

## INITIAL

### INICIAL

— **Each individual county determines optional services. Inquire about these services that may be available in the county of application.**

*Cada condado individual determina servicios optativos. Pregunte acerca de estos servicios que pueden estar disponibles en el condado de la solicitud.*

## YOUR RESPONSIBILITIES

### SUS RESPONSABILIDADES

## INITIAL

### INICIAL

— **You are the best source of information regarding the other party. The information you provide may help in the progress of your case. There may be a delay in the progress of your case due to lack of information and/or involvement with another state.**

*Usted es la mejor fuente de información sobre la otra parte. La información que usted provee puede ayudar en el progreso de su caso. Pueda que ocurra un retraso en el progreso de su caso por falta de información y/o participación con otro estado.*

## INITIAL

### INICIAL

— **You are required to cooperate with CSE in the processing of your case. Failure to do so may result in case closure.**

*Se le requiere que coopere con CSE en el proceso de su caso. Fallar de hacerlo puede Resultar en el cierre de su caso.*

## INITIAL

### INICIAL

— **If you are a caretaker/relative (i.e. grandparent, aunt, uncle, adult sibling or stepparent ...) you are required to open a child support case against both biological parents. CSE will not close one of the two cases against the biological parents at your request.**

*Si usted es un conserje/familiar (ej. Abuelo, tía, tío pariente adulto o padrastro...) se le requiere que habrá un caso de manutención de menores en contra de ambos padres biológicos. CSE no cerrara uno de los dos casos en contra de los padres biológicos a su petición.*

**INITIAL**  
*INICIAL*

— **You are required to complete and sign an affidavit agreeing to the amount of child support arrears owed (if there is a current child support order).**  
*Se le requiere completar y firmar affidavit acordando la cantidad debida de manutención de menores retroactiva (si es que hay una orden actual de manutención de menores)*

**INITIAL**  
*INICIAL*

— **If you have special needs or need special accommodations under the American Disabilities Act, contact the county with which you are applying.**  
*Si usted tiene necesidades especiales o necesita especiales alojamientos bajo el Acto de Discapacidades de América, contacte al condado en donde usted esta solicitando.*

**INITIAL**  
*INICIAL*

— **You must notify CSE in writing if any of the following changes occur. Failure to do so may result in child support payments or medical support discontinuing.**  
*Usted tiene que notificar CSE por escrito si cualquiera de los siguientes cambios ocurre. Fallar de hacerlo puede resultar en la discontinuación de sus pagos de manutención de menores o soporte medico.*

**1. Legal name change, residence/ mailing address, telephone or contact numbers, place of employment, or health insurance, or if you know of changes about the other party**

*Cambio legales de nombres, dirección de residencia/correo, número de teléfono o de contactos, lugar de empleo, o seguro medico, o si usted sabe de cambios de la otra parte*

**2. If direct payments are made to the custodial party**

*Si pagos directos son dados a la parte con la custodia*

**3. When a child no longer lives with the custodial party (i.e. marries, is adopted, joins the armed forces or is deceased ...)**

*Cuando el menor no vive más con la parte con la custodia (ej. Se case, es adoptado, se registra en las fuerzas armadas o fállese...)*

**4. If parenting time (visitation) changes for longer than one month**

*Si tiempo paternal (visitas) cambia por más de un mes*

**5. If you retain a private attorney or private collection agency regarding child support, parenting time (visitation) or parental responsibility (custody)**

*Si usted retiene un abogado privado o agencia de cobranzas privada sobre la manutención de menores, tiempo paternal (visitas) o responsabilidades paternas (custodia)*

**6. If an action has been filed with a court that CSE was not involved with (i.e. separation, divorce, parental responsibility...)**

*Si una acción se a presentado al tribunal que CSE no fue involucrado (ej. Separación, divorcio, responsabilidades paternas...)*

**INITIAL**  
*INICIAL*

— **Arrears owed to the custodial party will be paid first before TANF arrears will be paid to the State of Colorado, unless there is an IRS tax intercept.**

*Deudas atrasadas serán pagadas a la parte con la custodia primero antes de pagar la deuda de TANF deudas serán pagadas al Estado de Colorado, al menos que ocurra una intercepción de impuestos del IRS.*

**INITIAL**

INICIAL

— If a payment is sent in error or is unfunded (i.e., bounced check), it is your responsibility to pay back the unfunded amount. You may repay in full, or CSE will deduct 10% or \$10.00 (whichever is greater) from each payment received until the balance is paid in full. The non-custodial parent will still owe the unfunded amount.

*Si un pago es enviado por error o no tiene fondos (ej. Cheque sin fondos), es su responsabilidad de rembolsar la cantidad sin fondo. Pueda que usted reembolse por completo, o CSE deducirá de cada pago recibido el 10% o \$10.00 (el cual sea más) hasta que el balance es pagado por completo. El padre sin-la custodia aun deberá la cantidad sin fondos.*

**INITIAL**

INICIAL

— Once a Family Support Registry (FSR) account number has been assigned, sending or receiving direct payments may result in case closure. Note: the FSR is the central payment processing center in Colorado.

*Al asignarle un número de cuenta del Registro de Asistencia Familiar (FSR), enviar o recibir pagos directamente puede resultar la clausura del caso. Nota: el FSR es el centro de proceso central del pagos en Colorado.*

**INITIAL**

INICIAL

— Federal law requires CSE to withhold \$25.00 one time each year from the child support collected on a nonpublic assistance case, if over \$500.00 is collected during that year. The provision of your Social Security Number/SSN is mandatory (§42 U.S.C. 666(a)(13)). However, if you do not have an SSN, your application for services will not be denied. SSNs are used by the CSE Program to locate individuals to establish paternity or support obligations, modify and enforce support obligations and to distribute child support payments.

**Confidentiality laws protect all information provided to CSE. CSE offices throughout the United States and some countries have access to this information through State and Federal Child Support Case Registries. If family/domestic violence is an issue, you must alert CSE to further safeguard this information and an additional order of the court may be needed.**

*Ley Federal requiere que CSE retenga \$25.00 una vez cada año de lo colectado de manutención de menores en casos de no asistencia publica, si más de \$500.00 son colectados durante el año. La provisión de su número de seguro social/SSN es obligatorio (§42 U.S.C. 666(a)(13)). Pero, si usted no tiene un SSN, su solicitud para servicios no será negada. SSNs son usados por el programa de CSE para localizar individuos para establecer paternidad o obligaciones de manutención, modificar o hacer cumplir obligaciones de manutención o para distribuir pagos de manutención de menores. Leyes de confidencialidad protege toda información proveída a CSE. Las oficinas de CSE a través de los Estados Unidos y algunos países tienen acceso ha esta información a través del Registros de Caso de Manutención de Menores Estatal y Federal. Si violencia familiar/domestica es un problema, usted tiene que alertar a CSE para aun más garantizar esta información y una orden adicional del tribunal pueda que sea necesaria.*

**Print Legal Name** \_\_\_\_\_

*Escribir Nombre Legal*

**Signature of applicant** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

*Firma del Solicitante*

*Fecha*

**For more child support information and additional forms you may visit our website at**

**[www.childsupport.state.co.us](http://www.childsupport.state.co.us)**

*Para más información de manutención de menores y formularios adicionales usted puede visitar nuestra página de Internet en [www.Childsupport.state.co.us](http://www.Childsupport.state.co.us)*

**CUSTODIAL PARTY (CP) INFORMATION:**  
INFORMACIÓN DE LA PARTE CON LA CUSTODIA (CP):

**Legal Name:** \_\_\_\_\_  
*Nombre Legal Last/APELLIDO First/Primer Middle/Segundo Maiden /Other /Soltero/Otro*

**Social Security #:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Gender:**  M  F  
*Seguro Social Fecha de Nacimiento Género H M*

**Place of Birth:** \_\_\_\_\_  
*Lugar de Nacimiento City/ciudad State/Estado County/Condado*

**Residence address:** \_\_\_\_\_  
*Dirección de Domicilio: Street/Calle Apt./Unit City/Ciudad State/Estado Zip/Código*

**Mailing address (if different):** \_\_\_\_\_  
*Dirección de Correo (si es diferente):*

**Phone Numbers:**  
*Número de Teléfonos:*  
**Home** \_\_\_\_\_ **Work** \_\_\_\_\_ **Cell** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_  
*Hogar Trabajo Celular*

**Message #** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_  
*Mensaje # Correo Electrónico*

**Employer and/or Union:** \_\_\_\_\_  
*Trabajo y/o Sindicato Name/Nombre*

**Address/Dirección** \_\_\_\_\_ **City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_  
**Occupation or Trade** \_\_\_\_\_  
*Ocupación u Oficio*

**Is it okay to make contact at work?**  Yes  No **Work Schedule:** \_\_\_\_\_  
*¿Se le puede contactar en su trabajo? Si No Horario de Trabajo*

**Relationship to the child(ren):**  Mother  Father  Other, explain \_\_\_\_\_  
*Relación con el niño(s): Madre Padre Otro explicar*

**When was custody of the child(ren) obtained?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuándo se obtuvo la custodia del niño(s)?*

**What was the situation (leading to obtaining custody)?** \_\_\_\_\_  
*¿Cuál era la situación (que lo llevo ha obtener la custodia)?*

**Is there currently an attorney involved in this child support case?**  Yes  No  
*¿Hay presentemente un abogado involucrado en este caso de manutención de menores? Si No*

**If yes: Attorney's:** \_\_\_\_\_  
*Si lo hay: Abogado: Name/Nombre*

**Address/Dirección** \_\_\_\_\_ **City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código** \_\_\_\_\_ **Telephone/Teléfono** \_\_\_\_\_

**Have the child(ren) received public assistance?**  Yes  No **Type received:**  TANF  Medicaid  Foster Care  
*¿Ha recibido el niño(s) asistencia pública? Si No tipo recibido TANF Medicaid Hogar adoptivo*

**What County/State** \_\_\_\_\_ **Begin/End Date** \_\_\_\_\_  
*Cual Condado/Estado Fecha de Comienzo/Terminado*

**If you are the mother, are you pregnant?**  Yes  No **If yes: What is the due date?** \_\_\_\_\_  
*Si usted es la madre, ¿está usted embarazada? Si No Si es si: ¿Fecha de parto?*

**Who is the father?** \_\_\_\_\_  
*¿Quién es el padre?*

**Emergency Contact (if CP can't be reached):** \_\_\_\_\_  
*Contacto de Emergencia (si CP no puede ser contactado) Name/Nombre*

**Address/Dirección** \_\_\_\_\_ **City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip /Código** \_\_\_\_\_ **Telephone/Teléfono** \_\_\_\_\_

**NON-CUSTODIAL PARENT (NCP) INFORMATION:**  
*INFORMACIÓN DEL PADRE SIN-LA CUSTODIA (NCP):*

**Legal Name:** \_\_\_\_\_  
*Nombre Legal*    **Last/Apellido**    **First/Primer**    **Middle/Segundo**    **Maiden /Other /Soltero/Otro**

**Relationship to the child (ren):**  **Mother**  **Father**  **Alleged Father (paternity no established)**  
*Relación con el niño(s):*                      *Madre*    *Padre*    *Presunto Padre (Paternidad no establecida)*

**Social Security #:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Gender:**  **M**  **F**  
*Seguro Social*                                      *Fecha de Nacimiento*                                      *Género*    *H*    *M*

**Place of Birth:** \_\_\_\_\_  
*Lugar de Nacimiento*    **City/Ciudad**                                      **State/Estado**                                      **County/Condado**

**Current or Last Known residence address:** \_\_\_\_\_  
*Dirección de residencia Actual o Última:*                                      **Street/Calle**                                      **Apt./Unit**  
**(Circle one) / (Marque uno)**

**City/Ciudad**                                      **State/Estado**                                      **Zip/Código postal**

**Mailing address (if different):** \_\_\_\_\_  
*Dirección de Correo (si es diferente)*

**Phone Numbers/Número de Teléfonos:**  
**Home** \_\_\_\_\_ **Work** \_\_\_\_\_ **Cell** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_  
*Hogar*                                      *Trabajo*                                      *Celular*

**Message #** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_  
*Mensaje*                                      *Correo electrónico*

**Employer and/or Union:** \_\_\_\_\_  
*Trabajo y/o Sindicato*                                      **Name/Nombre**

**Address/Dirección** \_\_\_\_\_ **City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Occupation or Trade** \_\_\_\_\_  
*Ocupación u Oficio*

**Physical Description: Height** \_\_\_\_\_ **Weight** \_\_\_\_\_ **Hair Color** \_\_\_\_\_ **Eye Color** \_\_\_\_\_  
*Descripción Física*    *Estatura*                                      *Peso*                                      *Color de Cabello*                                      *Color de Ojo*

**Identifying Marks (i.e., scars, tattoos, piercing ...)** \_\_\_\_\_  
*Marcas de identificación (ej. cicatrices, tatuajes, aretes...)*

**Race:**  **Caucasian**  **African**  **American**  **Hispanic**  **Asian**  **Other** \_\_\_\_\_  
*Raza*    *Blanco*                                      *Africano*    *Americano*    *Hispano*    *Asiático*    *Otro*

**In prison?**  **Yes**  **No** **Date of release** \_\_\_\_\_  
*¿En prisión?*    *Si*    *No*    *Fecha de liberación*

**Which facility ?** \_\_\_\_\_ **DOC#** \_\_\_\_\_  
*¿En cuál instalación?*                                      *# De DOC*

**In the military?**  **Yes**  **No** **Branch** \_\_\_\_\_  
*¿En el Ejército?*    *Si*    *No*    *Ramificación*

**Disabled?**  **Yes**  **No** **If yes, receive Social Security?**  **Yes**  **No**  
*¿Discapacitado?*    *Si*    *No*    *si es si, ¿recibe Seguro Social?*    *Si*    *No*

**List any assets (i.e., real estate, bank accounts, and license to work a profession ...)** \_\_\_\_\_  
*Inscriba cualquier recurso (ej. Bienes raíces, cuentas bancarias, y licencias para trabajar una profesión...)*

**List any vehicle(s)? (Model, make, year and color)** \_\_\_\_\_  
*¿Inscriba los vehículo(s)? (Modelo, Marca, año y color)*

**Driver's License Number:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_  
*Número de Licencia de Conducir*                                      *Estado*

**List any other biological child(ren)?** \_\_\_\_\_  
*¿Inscriba si tiene niño(s) biológicos?*

**Child(ren)'s other biological parent** \_\_\_\_\_  
*El otro padre del niño(s) biológico*

**NCP's Mother's information:** \_\_\_\_\_  
*Información de la Madre del NCP*    **Name/Nombre**                                      **Address/Dirección**                                      **Telephone/Teléfono**

**NCP's Father's information:** \_\_\_\_\_  
*Información del Padre del NCP*    **Name/Nombre**                                      **Address/Dirección**                                      **Telephone/Teléfono**

**Is there any other information that may help us locate the other party?** \_\_\_\_\_  
*¿Hay alguna otra información que los puede ayudar para localizar a la otra parte?*

**Emergency Contact (if NCP can't be reached):** \_\_\_\_\_  
*Contacto de Emergencia (si no se puede contactar al NCP)*                                      **Name/Nombre**

**Address/Dirección** \_\_\_\_\_ **City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código** \_\_\_\_\_ **Telephone/Teléfono** \_\_\_\_\_

# CHILD(REN)'S INFORMATION: INFORMACIÓN DEL NIÑO(S):

	Child/Niño 1	Child/Niño 2	Child/Niño 3
<b>Legal Name</b> <i>Nombre Legal</i>			
<b>Gender (M or F)</b> <i>Género (H o M)</i>			
<b>Date of Birth</b> <i>Fecha de Nacimiento</i>			
<b>Social Security Number</b> <i>Número de Seguro Social</i>			
<b>City &amp; State of Birth</b> <i>Ciudad &amp; Estado de Nacimiento</i>			
<b>State or Country of Conception</b> <i>Estado o País, donde fue concebido el niño</i>			
<b>Who are listed as parents on Birth Certificate?</b> <i>¿Quiénes están registrados como los padres en el Acta de nacimiento?</i>			
<b>Child Support Order # County and State</b> <i># de orden de Manutención de Menores Condado Y Estado</i>			
	Child/Niño 4	Child/Niño 5	Child/Niño 6
<b>Legal Name</b> <i>Nombre Legal</i>			
<b>Gender (M or F)</b> <i>Género (H o M)</i>			
<b>Date of Birth</b> <i>Fecha de Nacimiento</i>			
<b>Social Security Number</b> <i>Número de Seguro Social</i>			
<b>City &amp; State of Birth</b> <i>Ciudad &amp; Estado de Nacimiento</i>			
<b>State or Country of Conception</b> <i>Estado o País, donde fue concebido el niño</i>			
<b>Who are listed as parents on Birth Certificate?</b> <i>¿Quiénes están registrados como los padres en el Acta de nacimiento?</i>			
<b>Child Support Order # County and State</b> <i># de orden de Manutención de Menores Condado Y Estado</i>			

## PARENT RELATIONSHIP STATUS

*Statu de Relación de los Padres*

**Were the parents of the child(ren) ever married?**  Yes  No **Date of Marriage** \_\_\_\_\_

*¿Estuvieron los padres del niño(s) alguna vez casados? Si No Fecha de Matrimonio*

**Date Separated** \_\_\_\_\_ **Date Divorced** \_\_\_\_\_ **In what city, county and state?** \_\_\_\_\_

*Fecha de separación Fecha de Divorcio ¿En que Ciudad, Condado y Estado?*

**Date of last contact with other parent** \_\_\_\_\_

*Fecha del último contacto con el otro padre*

**If paternity has been established, how?**  Genetic Testing  Acknowledgement of Paternity  Court

*Si se ha establecido la paternidad, ¿Cómo? Pruebas Genéticas Reconocimiento de Paternidad Tribunal*

**Did this person ever live with the child (ren) in the State of Colorado?**  Yes  No

*¿Vivió alguna vez esta persona con el niño(s) en el Estado de Colorado? Si NO*

**When and where?** \_\_\_\_\_

*¿Cuándo y donde?*

**Is domestic violence a concern?**  Yes  No

*¿Es violencia doméstica una preocupación? Si No*

**Is there a restraining order?**  Yes  No

*¿Existe una orden de restricción? Si No*

## MEDICAL INSURANCE INFORMATION

*INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO*

**A copy of the benefit card used to process medical claims MUST be provided.**

*Una copia de la tarjeta de beneficios para procesar reclamos médicos TIENE que ser proveída.*

**Is your child(ren) on MEDICAID?**  Yes  No

*¿Está su niño(s) en MEDICAID? Si No*

**Does your child (ren) have health insurance coverage other than Medicaid?**  Yes  No

*¿Tiene su niño(s) cobertura de seguro medico más de Medicaid? Si No*

**If yes, name of child(ren) covered by other insurance:** \_\_\_\_\_

*Si es si, nombre del niño(s) que está bajo la cobertura de seguro*

**Other insurance company's information:**

*Información de la otra compañía de seguro*

• **Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

• **Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

• **Telephone Number/Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

• **Policy Number/Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

• **Group Number/Número de Grupo:** \_\_\_\_\_

• **Date Insurance began/Fecha de comienzo del Seguro:** \_\_\_\_\_

• **Type of Coverage(s) Provided:**  Medical  Dental  Vision  Other \_\_\_\_\_

*Tipo de Cobertura(s) Proveídas Médica Dental Visión Otro*

**Who provides other insurance coverage?** *Quien provee la cobertura de seguro:*

• **Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

• **Social Security Number/Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

• **Relation to the covered child(ren)/Relación al niño(s) que está bajo la cobertura:** \_\_\_\_\_

• **Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**Street/Calle City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal**

• **Telephone numbers/Número de Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**Work/Trabajo Home/Hogar Cell/Celular Message/Mensaje**



**AFFIDAVIT OF ARREARS /DIRECT PAYMENTS**

*Affidávit de pagos Atrasados/Directos*

**Payment History for Noncustodial Parent (NCP) (starting with most recent month)**

*Historiado de Pagos del Padre sin la Custodia (NCP) (Comenzando con el mes más reciente)*

**NCP's Name/Nombre del NCP:** \_\_\_\_\_

YEAR/Año:			YEAR/Año:			YEAR/Año:		
Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada
Jan/En			Jan/En			Jan/En		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Apr/Ab			Apr/Ab			Apr/Ab		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Aug/ag			Aug/ag			Aug/ag		
Sept			Sept			Sept		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dec			Dec			Dec		
<b>Total</b>			<b>Total</b>			<b>Total</b>		
YEAR/Año:			YEAR/Año:			YEAR/Año:		
Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Paid Cantidad Pagada	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Due Cantidad debida	Month Mes	Amount Due Cantidad debida	Amount Due Cantidad debida
Jan/En			Jan/En			Jan/En		
Feb			Feb			Feb		
Mar			Mar			Mar		
Apr/Ab			Apr/Ab			Apr/Ab		
May			May			May		
Jun			Jun			Jun		
Jul			Jul			Jul		
Aug/ag			Aug/ag			Aug/ag		
Sept			Sept			Sept		
Oct			Oct			Oct		
Nov			Nov			Nov		
Dec			Dec			Dec		
<b>Total</b>			<b>Total</b>			<b>Total</b>		

**Declaration: I declare under penalty of perjury the information I have provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief and the statements contained herein are made for the purposes stated herein including, but not limited to, obtaining assistance in paternity and order establishment, and the enforcement and distribution of child support. By signing this application, I acknowledge the responsibilities as listed and agree to the services the Child Support Enforcement Program provides.**

*Declaración: Declaró bajo castigo de perjurio la información que yo he proveído en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi sabiduría y creencia y que declaraciones contenidas en la presente son hechas con el propósito indicado presentemente incluyendo, pero sin limitar ha, obtener asistencia en paternidad y establecer ordenes, y hacer cumplir y distribuir la manutención de menores. Al firmar esta solicitud, reconozco las responsabilidades inscritas y estoy de acuerdo con los servicios Proveídos por el Programa de Hacer cumplir la Manutención de Menores.*

**Name of Applicant (please print)/Nombre del Solicitante (en molde)** \_\_\_\_\_

**Signature of Applicant/Firma Del Solicitante** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

**Signed before me/Firmado ante mi** \_\_\_\_\_

**Notary Public** \_\_\_\_\_ **My Commission expires** \_\_\_\_\_  
*Notario Publico* *Mi Comisión Expira*

STATE OF COLORADO  
ESTADO DE COLORADO  
CITY AND COUNTY OF DENVER  
CIUDAD Y CONDADO DE DENVER

AFFIDAVIT OF CUSTODY AND DIRECT SUPPORT  
AFFIDÁVIT DE CUSTODIA Y MANUTENCIÓN DIRECTA

The undersigned, being of lawful age and first being duly sworn upon oath deposes and says:  
Siendo de edad legal y primeramente siendo jurado bajo juramento atestigua y dice:

That \_\_\_\_\_ is the father of:  
Que \_\_\_\_\_ es el padre de:

Name  
Nombre

Date of Birth  
Fecha de Nacimiento

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. That all the children have been in my custody and resided with me at all times since the child(ren)'s birth except:  
Que todos los niños han estado bajo mi custodia y han vivido con migo en todos momentos desde el nacimiento excepto:

_____	_____
_____	_____

and, if applicable,  
y, si aplica,

1. That \_\_\_\_\_ has been ordered by the \_\_\_\_\_  
Que \_\_\_\_\_ han sido ordenadas por el \_\_\_\_\_  
Court to pay child support for the above named child(ren) in the amount of \$ \_\_\_\_\_  
Tribunal de pago de manutención a los niños ya mencionados en la cantidad de \_\_\_\_\_

2. That the following child support payments have been received directly by the undersigned on behalf of the child(ren) and not paid through the Registry of the Court:  
Que los siguientes pagos de manutención de menores ha sido recibidos directamente por la suscrita en nombre de los niños y no han sido pagados a través de Registro del Tribunal:

<u>Amount/Cantidad</u>	<u>Date/Fecha</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\_\_\_\_\_  
Signatura  
Firma

Subscribed and sworn before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
Suscrito y jurado ante mi este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public  
Notario Público

My Commission Expires: \_\_\_\_\_  
Mi comisión Expira: \_\_\_\_\_



**AFFIDAVIT OF PREVIOUS PUBLIC ASSISTANCE**

*Affidávit de Previa Asistencia Pública*

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

**Custodial Party Name (print):** \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre con La custodia (Letra de Molde)*

**SS#/Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Provision of your SS# is voluntary. However, if you fail to provide your SS#, we will not be able to process your affidavit. Your SS# will be used to ensure that your affidavit is properly updated to your case so that a \$25 service is not charged on your case.**

*Proveer su número de seguro social es voluntario. Pero, si usted fallad en proveer su número de seguro social, nosotros no podremos procesar su affidávit. Su número de Seguro Social será utilizado para asegurarse en su affidávit es actualizado adecuadamente en su caso de tal modo que los \$25 de servicio no es cobrado en su caso.*

**Non-Custodial Parent Name (print):** \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre sin la custodia (letra de molde)*

**Custodial Party Address/ Dirección de la parte con la custodia:** \_\_\_\_\_

**Re: Self Authenticating Affidavit/ Affidávit de Propia Autenticidad**

**Federal and State laws require state Child Support Enforcement offices to collect an annual \$25 fee for child support cases meeting the following conditions:**

*Leyes Federales y Estatales requiere oficinas estatales de Cumplimiento de Manutención de Menores colectar un costo de \$25 para los casos de manutención de menores que reúnen las siguientes condiciones:*

- 1. The custodial party has never received cash public assistance (AFDC or TANF) from Colorado or any other state. TANF or AFDC cash assistance does NOT include Food Stamps, WIC, child care, Medicaid, and/or Kid Care;**  
*La parte con la custodia nunca ha recibido asistencia pública en efectivo (AFDC o TANF) de Colorado o ningún otro estado asistencia de efectivo de TANF o AFDC NO incluye Talones de Estampillas Alimenticias, WIC, Cuidado Infantil, Medicaid, y/o Cuidado Infantil:*
- 2. The custodial party has received at least \$500 in child support payments during the current federal fiscal year. The federal fiscal year starts October 1 and continues until September 30 of the following calendar year.**  
*La parte con la custodia ha recibido por lo menos \$500 en pagos de manutención de menores durante el actual año fiscal federal. El año fiscal federal comienza el 1 de octubre y continúa hasta el 30 de septiembre del siguiente año en el calendario.*

**To aid us in determining if your case(s) should be assessed the \$25 fee, please answer the following questions:**

*Para evitarnos en determinar si a su caso(s) se le debe aumentar el costo de \$25, por favor conteste las siguientes preguntas:*

**Have you ever received TANF or AFDC case assistance from Colorado or any other state? TANF or AFDC cash assistance does NOT include Food Stamps, WIC, child care, Medicaid, and/or Kid Care.**

*¿Ha recibido alguna vez un caso de TANF o AFDC en Colorado o cualquier otro estado?*

*TANF o AFDC NO incluye Talones de Estampillas Alimenticias, WIC, Cuidado Infantil, Medicaid, y/o Cuidado Infantil:*

\_\_\_\_\_ **Yes, I have received TANF or AFDC cash assistance in the state of** \_\_\_\_\_,

*Sí, he recibido TANF o AFDC asistencia en efectivo en el estado de*

from \_\_\_\_\_ (date) to \_\_\_\_\_ (date).  
*Desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha).*

**I certify under penalty of perjury and pursuant to the laws of the State of Colorado that the preceding is true and correct.**

*Certifico bajo castigo de perjurio y de acuerdo a las leyes del Estado de Colorado que lo anterior es correcto y verdadero.*

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

*Firma*

*Fecha*



**INCOME & EXPENSE AFFIDAVIT/Affidávit de Ingreso y Gastos**

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/Nº de Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_ **DOB/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal Teléfono

**Identify your employer in box below. If you are not currently employed provide information about your most recent employer. Show your hourly wage or monthly income at the time your job ended.**  
*Identifique su empleo en la siguiente caja. Si usted no está trabajando en el presente proveer información sobre su más reciente empleo. Muestre su sueldo por hora o ingreso mensual del momento que término el empleo.*

**1. Monthly Gross Income: (HOURLY WAGE = \$ \_\_\_\_\_) \$ \_\_\_\_\_ per month**  
**Ingreso bruto mensual: (Salario por hora) \_\_\_\_\_ por mes**  
 (Include income from salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest trust income, Social Security benefits, worker's compensation benefits, independent contract payments, self-employment, proprietorship of a business, business draw, rental income, unemployment insurance, disability benefit payments and in-kind payments such as free rental or meals.) **Attach pay-stubs and most recent year's I.R.S. income tax return including Form 1040 and all attachments submitted with it to the I.R.S.**  
*(Incluir ingresos de salarios, salarios, beneficios de comisiones, bonificaciones, dividendos, pensiones, ingreso de interés de inversiones, beneficios de Seguro Social, beneficios compensación de trabajadores, pagos de contratos independientes, trabajador con cuenta propia, ingreso de ser propietario de un negocio, de la participación de un negocio, ingreso de renta, seguro de desempleo, pagos de beneficios de discapacidad y todo tipos de pagos tales como alimentación y renta gratis.) Poner en conjunto talones de cheques y el regreso de impuestos de I.R.S más reciente incluyendo el Formulario 1040 y todos los formularios sometidos con el I.R.S*

**A. Pre-existing court-ordered child support paid by you monthly \$ \_\_\_\_\_**  
*Orden de manutención de menores previamente ordenada por el tribunal pagada por usted mensualmente.*

**B. Court-ordered spousal support paid by you monthly \$ \_\_\_\_\_**  
*Manutención conyugal ordenado por le tribunal pagado mensualmente por usted.*

**2. MONTHLY ADJUSTED GROSS INCOME/ Ingreso bruto regular mensual \$ \_\_\_\_\_**

**3. Number of all children whom you are legally obligated to support (not including step children) and there is no court-ordered child support obligation. Attach birth certificates showing your parenthood. \_\_\_\_\_**  
*Número de niños de quien usted es legalmente responsable de mantener (no incluya hijastros) Y no hay orden del tribunal de obligación de menores. Ponga en conjunto actas de nacimiento para mostrar la paternidad.*

**4. Number of overnights the children in this matter spend with you each year as stated in your custody or visitation court order (if ordered) \_\_\_\_\_**  
*Números de noches que los niños de esta acción se quedan con usted cada año como se indica el la orden de custodia o de visitas del tribunal (si hay tal orden)*

**5. CREDITS PERMITTED BY COLORADO CHILD SUPPORT GUIDELINES**

*Créditos Permitidos por las Normas de Manutención de Menores de Colorado*

**A. Monthly Amount of work-related Child Care costs—monthly average.**

**Attach proof.**

\$ \_\_\_\_\_

*Cantidad de promedio Mensual de Costo de Cuidado Infantil (Guardería) relacionado con el trabajo entregué comprobantes en conjunto.*

**B. Extraordinary Medical Expenses—monthly average. Attach proof (include uninsured expenses costing over \$100.00 monthly for the children of this matter only).**

\$ \_\_\_\_\_

*Promedio-Mensual de Gastos Extraordinarios Médicos. Entregué comprobantes en conjunto (incluyendo gastos no pagados por el seguro costando más de \$100.00 al mes por los niños en este caso solamente).*

**C. Medical and/or Dental insurance payment—monthly average (include amount paid monthly for children of this matter only).**

**Attach proof of enrollment and of cost**

\$ \_\_\_\_\_

*Promedio- mensual de pagos de seguro Medico y/o Dental (incluya la cantidad pagada mensual por los niños de este caso solamente). entregue en conjunto comprobantes de matricula y de costo*

**I affirm this information is true and complete to the best of my knowledge:** \_\_\_\_\_

*Afirmo que esta información es verdadera y completa a lo mejor de mi sabiduría* **Signatura/Firma**

**Signed before me** \_\_\_\_\_

*Firmado ante mi*

**Notary Public** \_\_\_\_\_ **My Commission expires** \_\_\_\_\_

*Notario Público*

*Mi Comisión expira*



# WAIVER OF APPLICATION FEE

EXENCIÓN DEL COSTO DE LA SOLICITUD

I am requesting that the Child Support Enforcement application fee be waived due to financial hardship.

*Estoy solicitando que el costo de la Solicitud de hacer cumplir la Manutención de menores sea exencionada por privación financiera.*

Name of Applicant/*Nombre del Solicitante* \_\_\_\_\_

Social Security Number/*Número de Seguro Social* \_\_\_\_\_

Number of People in Household/*Número de Personas en el Hogar* \_\_\_\_\_

Monthly Household Income/*Ingreso Mensual Del Hogar* \_\_\_\_\_

Signature of Applicant/*Firma Del Solicitante* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

---

## County Office Use Only

*Uso Exclusivo de la Oficina del Condado*

Reviewed by/*Revisado por* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Approved/*Aprobado*

\_\_\_\_ Denied /*Negado* \_\_\_\_\_

---



**NONDISCLOSURE OF INFORMATION**  
*No Divulgación de Información*

**Case Name/Nombre de Caso:** \_\_\_\_\_ **Case Number/Número de Caso:** \_\_\_\_\_

**I believe the release of my and/or the child(ren)'s address and/or other identifying information would unreasonably put me and/or the child(ren)'s health, safety, or liberty at risk.**

*Yo Creo que la divulgación de mi dirección y/o la de mi niño(s) y/o otra información de identificación irrazonablemente pondrán a mí y/o el niño(s) en riesgo de salud, seguridad, o liberta.*

No

**Yes. Explain fully and attach filed copies of all relevant court orders and other documentation.**

*Sí. Explicar por complete y poner en conjunto copias sometidas de todas las ordenes relevantes y otros documentación*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**(If additional space is needed, continue on a separate sheet of paper.)**  
*(Si espacio adicional es necesario, continuar en una pagina de papel separada.)*

**Disclosure of Information/ Información Divulgada:**

**Any information contained in this application can be used in other cases in which you are involved, such as a change in child custody where you become a noncustodial parent. Information contained in CSE program cases is not given to anyone not directly involved in the administration of the program.**

*Cualquier información contenida en esta solicitud puede ser utilizada en otros casos en cual usted está involucrado, tal como un cambio de custodia de un menor en el cual usted se convierte el padre sin la custodia. Información contenida en los caos del programa de CSE no es dada a ninguna otra persona que no este directamente involucrado en la administración del programa.*

**If the CSE program requests assistance of another state, the Uniform interstate Family Support Act of 1996(UIFSA) requires personal identifying information be provided to that state about you and the children in your custody if there is serious risk of family violence or child abduction. A court can order personal identifying information not be given if the health, safety or liberty of you or the children in your custody would be at risk.**

*Si el programa de CSE requiere la asistencia de algún otro estado, el Acto uniformado interestatal de Apoyo Familiar del 1996(UIFSA) requiere que información de identificación personal sea proveída a tal estado sobre usted y los niños bajo custodia si existe un riesgo serio de violencia familiar o secuestro infantil. El tribunal puede ordenar la información de identificación personal no se le de si la salud, seguridad o libertad suya o la de los niños bajo su custodia están en riesgo.*

**Declaration/Declaración:**

**I declare under penalty of perjury that the information I have provided on this statement is true and correct.**

*Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proveído en esta declaración es correcta y verdadera*

**Name of Applicant (Please Print)** \_\_\_\_\_ **Signature of Applicant** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
*Nombre de Solicitante (en letra de molde)* *Firma de Solicitante* *Fecha*

**Signed before me** \_\_\_\_\_  
*Firmado ante mí*

**Notary Public** \_\_\_\_\_ **My Commission expires** \_\_\_\_\_  
*Notario Público* *Mi Comisión Expira*

