

Instrucciones para completar el paquete de la demanda de manutención.

1. Usted es el(la) demandante. La parte contra la cual interpone la demanda es el(la) demandado(a).
2. Complete todo el documento.
3. Asegúrese de indicar para quién solicita la manutención (indique el nombre de cada una de las partes) en la pregunta #5 de la demanda de manutención.
4. Asegúrese de firmar e indicar la fecha en la tercera página de la demanda (2 lugares) y de firmar e indicar la fecha en la solicitud de servicios de apoyo donde hay una X.
5. El paquete completado debe enviarse por correo postal a: Lancaster County DRS, PO Box 83479, Lancaster PA 17608-3479, o puede escanearlo y enviarlo por correo electrónico a: Lancolntake@Pacses.com o enviarlo por fax al 717-293-7270.
6. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar los formularios, llame a la oficina al 717-299-8141, presione 1, luego 0, y hable con un representante de servicio al cliente, o puede enviar sus preguntas por correo electrónico a: Lancolntake@Pacses.com
7. Se pondrá en contacto contigo para tu solicitud. Si no recibe una llamada o correo electrónico en respuesta a su solicitud, por favor llame al 717-299-8141.

Gracias.

En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de Lancaster, Pensilvania
DOMESTIC RELATIONS SECTION

150 NORTH QUEEN STREET, SUITE 220, PO BOX 83479, LANCASTER, PA 17608-3479

Teléfono: 717-299-8141

Fax: 717-293-7270

Solicitud de servicios de pensión alimenticia o manutención de menores

(Escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre y apellido del solicitante _____

Número de Seguro Social (SSN) _____

Nombre y apellido de la otra parte _____

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

Firma del solicitante

Fecha

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

FOR OFFICE USE ONLY
Date rec'd in DRS _____

☐ TANF ☐ NON-TANF ☐ IV-E

Service Type

Form IN-001 12/16
Worker ID

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

contra Demandante) Número de expediente:
)
) Número de caso del PACSES:
)
Demandado/a) Otro número de ID oficial:

Demanda por ☐ **manutención de menores** ☐ **Manutención conyugal** ☐ **la pensión alimenticia provisional**

☐ Demanda nueva ☐ Demanda modificada

1. El/la demandante reside en

_____ Condado.

La fecha de nacimiento del/de la demandante es _____

2. El/la demandado/a reside en

_____ Condado.

La fecha de nacimiento del/de la demandado/a es _____

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

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

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

(d) El número de expediente de la demanda de divorcio es _____

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

(f) Último domicilio conyugal:

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

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

_____	_____	_____	_____
Residencia: _____			

_____	_____	_____	_____
Residencia: _____			

contra

Número de caso PACSES:

Residencia: _____

Residencia: _____

Residencia: _____

Residencia: _____

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

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

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

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

contra

Número de caso PACSES:

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

La orden ☐ ha ☐ no ha terminado.

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

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

Demandante o Abogado para el Demandante

Fecha

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

Demandante

Fecha

NOTIFICACIÓN

Las directrices de manutención conyugal y de menores, y la pensión alimenticia provisional han sido elaboradas por el Tribunal de Causas Comunes y están disponibles para su consulta en la Oficina de la Sección de Relaciones Domésticas

Cuestionario de información/hoja de datos para admisión

Información del Demandante/cuidador(a)

Su nombre _____

Relación con el(los) niño(s): _____ Apodo/nombre de soltera: _____

Su número de seguro social (SSN): ____ - ____ - _____ Su fecha de nacimiento: ____/____/____

Su dirección: _____

Descripción física: Altura _____ Peso _____ Ojos _____ Pelo _____ Raza _____

Ciudad y estado de nacimiento: _____

Nombre de soltera de su madre: _____ Nombre de su padre: _____

Su teléfono: _____ Su dirección de correo electrónico: _____

Idioma verbal: _____ Abogado: _____

Nombre de su empleador _____

Dirección de su empleador _____

Teléfono de su empleador: _____ Fecha de contratación: _____

Información de estado civil/paternidad

Estado civil con respecto al Demandado(a)

Fecha de matrimonio ____ / ____ / ____ Ciudad/estado de matrimonio _____

Fecha de separación ____ / ____ / ____

Dirección del último domicilio conyugal _____

Fecha de divorcio ____ / ____ / ____ Ciudad/estado de divorcio _____

Problemas de violencia/órdenes de protección contra el abuso (PFA):

Solicitud de confidencialidad:

Completado por: _____ Fecha: _____

Información del Demandado(a)

Nombre _____ Apodo/nombre de soltera: _____

Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Demandado(a): _____

Descripción física: Altura _____ Peso _____ Ojos _____ Pelo _____ Raza _____

Rasgos particulares (cicatrices, tatuajes, gafas, bigote y barba): _____

Ciudad y estado de nacimiento del Demandado(a): _____

Nombre y dirección de la madre del Demandado(a): _____

Nombre y dirección del padre del Demandado(a): _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma verbal: _____ Abogado: _____

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

Teléfono del empleador _____ Fecha de contratación: _____

Empleador anterior: _____

¿El Demandado(a) está casado(a) con otra persona? De ser así, indique el nombre del cónyuge: _____

Otros hijos del Demandado(a): _____

Nombre de la madre de los otros hijos: _____

¿Tiene el demandado otras órdenes judiciales de manutención (dónde)? _____

Antecedentes penales (arrestos, condenas de prisión, etc): _____

Historial militar: _____

Pasatiempos, membresía en organizaciones de servicio o **cualquier** otra información de ubicación: _____

Información de los hijos (indique cada uno de los hijos por los que demanda a este demandado(a))

Nombre del primer hijo _____ Número de seguro social (SSN) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Ciudad y estado de nacimiento _____ Hospital de nacimiento _____
Nombre de la madre biológica/adoptiva _____

Nombre del segundo hijo _____ Número de seguro social (SSN) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Ciudad y estado de nacimiento _____ Hospital de nacimiento _____
Nombre de la madre biológica/adoptiva _____

Nombre del tercer hijo _____ Número de seguro social (SSN) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Ciudad y estado de nacimiento _____ Hospital de nacimiento _____
Nombre de la madre biológica/adoptiva _____

Nombre del cuarto hijo _____ Número de seguro social (SSN) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Ciudad y estado de nacimiento _____ Hospital de nacimiento _____
Nombre de la madre biológica/adoptiva _____

Nombre del quinto hijo _____ Número de seguro social (SSN) _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Ciudad y estado de nacimiento _____ Hospital de nacimiento _____
Nombre de la madre biológica/adoptiva _____
