

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Child Support Enforcement

APPLICATION FOR IV-D SERVICES/GENETIC TESTING AGREEMENT
SOLICITUD PARA SERVICIOS DEL IV-D/ACUERDO PARA PRUEBAS GENETICAS

CHILD'S NAME (First, middle, last) / NOMBRE DEL NIÑO(A) (Nombre, segundo nombre, apellido)		BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO
PLACE OF BIRTH (City, county, state) / LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, condado, estado)		HOSPITAL

MOTHER'S INFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

NAME (First, middle, last) / NOMBRE (Nombre, segundo nombre, apellido)		MAIDEN NAME / APELLIDO DE SOLTERA	
ADDRESS (No., street, city, state, ZIP) / DOMICILIO (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)			
DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO	PHONE NO. / TELÉFONO	SOC. SEC. NO. / NÚM. SEG. SOC.
EMPLOYER / EMPLEADOR	OCCUPATION / OCUPACIÓN	TYPE OF BUSINESS (Sales, food service, etc.) / TIPO DE NEGOCIO (Ventas, servicio de comidas, etc.)	
MEDICAL INSURANCE (Company name) / SEGURO MEDICO (Nombre de la compañía)			POLICY NO. / NUM. DE POLIZA

ETHNICITY / TRASFONDO ETNICO

- White / Blanco
 Black / Negro
 Asian/Pacific Islander / Islas Asia o Pacífico
 Information not available / No hay información
 Hispanic (specify) / Hispano (especificue) _____
 Am. Indian / Alaska Native (tribe) / Ind. norteamericano / Alaska (tribu) _____

I request child support enforcement services under 42 U.S.C. 651, otherwise known as "Title IV-D of the Social Security Act", for the above-named child of the below-named father. I understand that as an applicant for child support enforcement services, I am required to cooperate with the state's Child Support Enforcement Program. I understand that the IV-D agency reserves the right to determine which of the child support enforcement services will be provided to me. I also understand that the attorneys providing legal services represent the Division of Child Support Enforcement and these attorneys do not represent me or the child named above. I swear and affirm under penalty of perjury that this application and/or accompanying documents have been examined by me and to the best of my knowledge and belief are true and correct.

Yo solicito servicios de ejecución de sustento para menores bajo 42 U.S.C. 651, conocido como "Titulo IV-D de la ley Seguro Social", para el menor nombrado arriba, hijo(a) del padre nombrado a continuación. Entiendo que como solicitante de estos servicios, he de cooperar con el programa estatal de Ejecución del Sustento de Menores. Entiendo que la agencia del IV-D se reserva la derecho de determinar cuáles servicios de ejecución del sustento para menores se me proveerán. También entiendo que los abogados que ofrecen sus servicios legales representan a la División para Ejecución del Sustento de Niños y que estos abogados no me representan a mí ni al niño nombrado arriba. Yo juro afirmo bajo penalidad de perjurio que he estudiado esta solicitud y/o los documentos que la acompañan, y que los mismos son ciertos y correctos según mi mejor entender.

MOTHER'S SIGNATURE / FIRMA DE LA MADRE	DATE / FECHA	WITNESS'S SIGNATURE / FIRMA DEL TESTIGO	DATE / FECHA
--	--------------	---	--------------

FATHER'S INFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE

NAME (First, middle, last) / NOMBRE (Nombre, segundo nombre, apellido)			
ADDRESS (No., street, city, state, ZIP) / DOMICILIO (Núm., calle, ciudad, estado, código postal)			
DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO	PHONE NO. / TELÉFONO	SOC. SEC. NO. / NÚM. SEG. SOC.
EMPLOYER / EMPLEADOR	OCCUPATION / OCUPACIÓN	TYPE OF BUSINESS (Sales, food service, etc.) / TIPO DE NEGOCIO (Ventas, servicio de comidas, etc.)	
MEDICAL INSURANCE (Company name) / SEGURO MEDICO (Nombre de la compañía)			POLICY NO. / NUM. DE POLIZA

ETHNICITY / TRASFONDO ETNICO

- White / Blanco
 Black / Negro
 Asian/Pacific Islander / Islas Asia o Pacífico
 Information not available / No hay información
 Hispanic (specify) / Hispano (especificue) _____
 Am. Indian / Alaska Native (tribe) / Ind. norteamericano / Alaska (tribu) _____

I am requesting genetic testing to determine the parentage for the above-named child. I understand that I will be contacted by my local Child Support Enforcement Office to schedule a genetic test. Failure to appear for scheduled testing may result in a Summons and Complaint in Paternity being filed against me. I understand that I will be responsible for reimbursing the cost of the genetic tests, at the testing rate made available to the state, for myself, the mother and the child named above if I am found to be the biological father. I further understand that I will be bound by the results of this test and if I am not excluded as the biological father, an Order of Paternity will be entered naming me as the legal father. If the results of the genetic tests exclude me as the biological father, no Order of Paternity will be entered naming me as the legal father of the above-named child.

Solicito una prueba genética para determinar la paternidad para el menor nombrado arriba. Entiendo que de la oficina local de Ejecución del Sustento para menores se comunicarán conmigo para programar la prueba genética. El faltar a la prueba programada puede resultar en la presentación de una Citación y Reclamo de Paternidad en mi contra. Entiendo que si se determina que yo soy el padre biológico seré responsable por reembolsar los costos de la prueba genéticas hechas a mí, a la madre y al menor nombrado, según la tarifa aplicable el estado. Entiendo además que los resultados de esta prueba me obligan, y que si no me excluye como padre biológico, se registrará una Orden de Paternidad en que se me nombra como el padre legal. Si los resultados de las pruebas genéticas me excluyen como padre biológico, no se registrará una Orden de Paternidad donde se me nombre como el padre legal del menor nombrado arriba.

FATHER'S SIGNATURE / FIRMA DE LA PADRE	DATE / FECHA	WITNESS'S SIGNATURE / FIRMA DEL TESTIGO	DATE / FECHA
--	--------------	---	--------------

Routing: Original – DCSE/Hospital Paternity Program

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios DES está disponible a solicitud del cliente.

APPLICATION INSTRUCTIONS

If you have any questions, please contact your attorney or the Hospital Paternity Program office at 1-800-485-6908.

READ all instructions and educational information provided. **Remember, hospital staff cannot give legal advice.**

Requesting Genetic Testing

If the mother and alleged father are unsure who the biological father of the child may be, they may request genetic testing.

If the mother and alleged father intend to have genetic testing or are unsure about establishing paternity **DO NOT** complete the *Acknowledgment of Paternity* (CS-127) form.

The Division of Child Support Enforcement (DCSE) can provide genetic testing through their contracted laboratory. The state has secured a lower testing fee from their contracted laboratory. DCSE will seek reimbursement of the testing fees from the alleged father if he is found to be the biological father of the child.

Instructions

The mother and alleged father must read this agreement.

The mother provides the requested information about herself and the child. She must sign and date the application in front of a witness. The witness must sign the application and date it the same day as the applicant. The witness must be over 18 years old and cannot be related to the applicant by blood or marriage.

The alleged father provides the requested information about himself. He must sign and date the agreement in front of a witness. The witness must sign the agreement and date it the same day as the alleged father. The witness must be over 18 years old and cannot be related to the alleged father by blood or marriage.

NOTE: All items on this agreement must be completed. Use black ink only. Please print clearly.

Give the form to the hospital staff when you are asked about the birth certificate.

If you need additional time to think about genetic testing, the form may be completed and mailed to:

DCSE / Hospital Paternity Program
P.O. Box 40458
Phoenix, Arizona 85067

Once the form is received by the DCSE, your local child support office will contact you to schedule genetic testing.

Requesting IV-D Child Support Services

If the mother or father does not have the cooperation of the other parent at the time of birth and would like to request IV-D child support services she/he may complete and sign the application. The application should be given to the hospital staff when you are asked about the birth certificate, or it may be mailed to the address listed above.

NOTE: Complete all information, including the other parent's information to the best of your ability. If you do not know the other parent's exact birth date, provide his/her age. Use black ink only. Please print clearly.

The appropriate child support office will provide you with additional forms and service information.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese con su abogado o llame al Programa de Paternidad para Hospitalares al 1-800-485-6908.

LEA todas las instrucciones y los materiales educativos provistos. **Recuerde que el personal del hospital no puede dar consejos legales.**

Para solicitar la pruebas genéticas

Si la madre and alegado padre no tienen certeza de quién es el padre biológico, pueden pedir la prueba genética.

Si la madre y el presunto padre piensan hacerse la prueba genética o no están seguros de si establecer la paternidad. NO llene el formulario de *Reconocimiento de Paternidad* (CS-127).

La División para Ejecución de Sustento para menores (DCSE) puede obtener pruebas genéticas a través del laboratorio que contrata. El estado has conseguido costos más bajos de este laboratorio. La DCSE procurará reembolso de los costos de las pruebas por parte del presunto padre sólo si se determina que él es el padre biológico del niño(a).

Instrucciones

La madre y el presunto padre tienen que leer este acuerdo.

La madre proporciona la información que se le solicitara acerca de ella misma y del menor. Ella tiene que firmar y fechar la solicitud frente a un testigo. El testigo tiene que firmar y fechar la solicitud en la misma fecha que la solicitante. El testigo tiene que tener más de 18 años de edad y no puede tener ningún tipo de relación con el solicitante, ni por sangre ni por matrimonio.

El presunto padre proporciona la información que se le solicitara acerca de él mismo. El tiene que firmar y fechar el acuerdo frente a un testigo. El testigo tiene que firmar y fechar el acuerdo en la misma fecha que el presunto padre. El testigo tiene que tener más de 18 años de edad y no puede tener ningún tipo de relación con el presunto padre ni por sangre ni por matrimonio.

NOTA: Todas las partes de este acuerdo se tienen que llenar. Sólo use tinta negra. Sírvase escribir claramente.

Entregue el formulario al personal del hospital, cuando le pregunten por el certificado de nacimiento.

Si necesita más tiempo para pensar sobre la prueba genética, puede llenar el formulario y enviarlo por correo a:

DCSE / Hospital Paternity Program
P.O. Box 40458
Phoenix, Arizona 85067

Cuando la DCSE reciba el formulario, de su oficina local para sustento para menores se comunicarán con usted para programar se prueba genética.

Para solicitar Servicios de Sustento para menores bajo el IV-D

Si la madre o el padre no cuenta con la cooperación del otro padre cuando nace el niño(a) y quiere solicitar servicios de sustento para menores bajo IV-D, él o ella puede llenar y firmar la solicitud. La solicitud deberá entregarse al personal del hospital cuando le pregunten sobre el certificado de nacimiento, o enviarse por correo al domicilio que aparece arriba.

NOTA: Incluya toda la información incluso la del otro padre en la medida de sus capacidades. Si no sabe la fecha exacta de nacimiento del otro padre, escriba la edad de él o de ella. Sólo use tinta negra. Sírvase escribir claramente.

La oficina apropiada de sustento para menores le dará formularios adicionales y toda la información sobre los servicios..

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.