



Formulario para padre no custodial

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instrucciones

Le enviamos este formulario porque usted recientemente completó una solicitud para ciertos planes de salud estatales, tal como MassHealth, e indicó en esa solicitud que había uno o más niños en su hogar pero no indicó dos padres custodiales. Esto quiere decir que quizás el o los niños podrían tener un padre no custodial. Un padre no custodial es un padre que no vive con su niño.

Este formulario tiene que ser llenado y firmado por el padre custodial o tutor legal de los niños listados en la solicitud para cobertura de atención médica. Tiene que proporcionar la información solicitada para cada niño que tiene un padre no custodial.

Para recibir cobertura de MassHealth, usted acepta cooperar con MassHealth y la División de cumplimiento de manutención de los hijos del Departamento de ingresos (DOR, por sus siglas en inglés) de Massachusetts para poder cobrar la manutención médica de padres no custodiales. Esto quiere decir que debe llenar este formulario para ayudarnos a identificar al padre no custodial que tiene que pagar por el cuidado médico suyo y de sus hijos. La cooperación también significa que quizás tenga que hacer lo siguiente, entre otras cosas,

- ir a una oficina estatal o local para proporcionar información relevante;
- comparecer como testigo en una actuación judicial o de otro tipo;
- proporcionar información bajo pena de perjurio, incluyendo información sobre la identidad, lugar de residencia y empleo de un padre no custodial;
- pagarle a MassHealth cualquier fondo de manutención o cuidado médico recibido que esté cubierto por la asignación de derechos; y
- tomar cualquier otra medida razonable para ayudar a establecer la paternidad, obtener la manutención médica y los pagos correspondientes, e identificar y proporcionar información para ayudarnos buscar terceras partes responsables.

Si no llena este formulario por completo y no cumple con las excepciones mencionadas a continuación, ello podría afectar su elegibilidad.

Por favor, envíe por fax o por correo a:

Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
Fax: 1-857-323-8300

Importante

MassHealth no denegará ni cancelará los beneficios de MassHealth de su niño si usted no coopera, pero ello puede afectar su elegibilidad. Aunque no sea necesario establecer la paternidad, ello puede proporcionarle beneficios económicos a este niño, como beneficios de dependientes del Seguro Social, beneficios de pensión, beneficios para veteranos y posibles derechos de herencia. Si quiere obtener ayuda para que el padre no custodial pague por el seguro de salud o manutención para el menor, puede solicitar servicios de cumplimiento de manutención de los hijos. Para ello, llame al DOR al 1-800-332-2733 o visite www.mass.gov/dor y haga clic en "Child Support" (Manutención de los hijos). Independientemente de que solicite o no estos servicios, los beneficios de MassHealth del niño no serán afectados. Si solicita estos servicios, tendrá que cooperar con el DOR.

Información del padre no custodial

Por favor proporcione la siguiente información para cada niño listado en la solicitud que tiene un padre no custodial. Hemos dejado espacio para tres hijos y tres padres no custodiales. Si necesita más espacio, por favor haga una copia de este formulario o use una hoja de papel separada.

Si está solicitando beneficios para un bebé aún no nacido, no es necesario que nos proporcione información sobre el padre no custodial de dicho bebé en este momento.

Nombre del niño num. 1

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

¿Se aplica alguna de las siguientes situaciones a este niño?

- Se está procesando la adopción de este niño.
- Este niño nació como consecuencia de abuso o agresión sexual.
- La cooperación, tal como se define en la página 1, no sería en el mejor interés de este niño (por ejemplo, la cooperación podría causarme un daño físico o emocional grave a mí y/o mi niño).
- He adoptado a este niño como padre/madre soltero(a).
- El padre no custodial de este niño ha fallecido.
- No sé quién es el padre no custodial de este niño.
- No estoy casada con el padre de este niño Y actualmente estoy embarazada.

Si marcó cualquiera de las casillas anteriores, no tiene que proporcionar información sobre el padre no custodial de este niño. Por favor proporcione información sobre el padre no custodial de cualquier otro niño(s) y firme al final de este formulario.

Nombre del padre no custodial del niño num. 1 No sé

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Relación del padre no custodial con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No sé
---	---	--

Número del Seguro Social <input type="checkbox"/> No sé	Número de licencia de manejar <input type="checkbox"/> No sé	Dirección <input type="checkbox"/> No sé
---	--	--

Número de teléfono <input type="checkbox"/> No sé	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> No sé
---	---

¿El padre no custodial tiene un seguro que cubre a dependientes? Sí No No sé

Si contestó **sí**, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo
---------------------------------	--------------------	------------------	-----------------

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud del niño? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud de usted, el padre custodial? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

Nombre del niño num. 2

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

¿Se aplica alguna de las siguientes situaciones a este niño?

- Se está procesando la adopción de este niño.
- Este niño nació como consecuencia de abuso o agresión sexual.
- La cooperación, tal como se define en la página 1, no sería en el mejor interés de este niño (por ejemplo, la cooperación podría causarme un daño físico o emocional grave a mí y/o mi niño).
- He adoptado a este niño como padre/madre soltero(a).
- El padre no custodial de este niño ha fallecido.
- No sé quién es el padre no custodial de este niño.
- No estoy casada con el padre de este niño y actualmente estoy embarazada.

Si marcó cualquiera de las casillas anteriores, no tiene que proporcionar información sobre el padre no custodial de este niño. Por favor proporcione información sobre el padre no custodial de cualquier otro niño(s) y firme al final de este formulario.

Nombre del padre no custodial del niño num. 2: No sé

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

¿Es este el mismo padre no custodial del niño num. 1 nombrado anteriormente? Sí No Si contestó sí, saltarse el resto de esta sección. Asegúrese de firmar este formulario.

Relación del padre no custodial con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No sé
--	---	---

Número del Seguro Social <input type="checkbox"/> No sé	Número de licencia de manejar <input type="checkbox"/> No sé	Dirección <input type="checkbox"/> No sé
---	--	--

Número de teléfono <input type="checkbox"/> No sé	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> No sé
---	---

¿El padre no custodial tiene un seguro que cubre a dependientes? Sí No No sé

Si contestó **sí**, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo
---------------------------------	--------------------	------------------	-----------------

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud del niño? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud de usted, el padre custodial? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

Nombre del niño num. 3

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

¿Se aplica alguna de las siguientes situaciones a este niño?

- Se está procesando la adopción de este niño.
- Este niño nació como consecuencia de abuso o agresión sexual.
- La cooperación, tal como se define en la página 1, no sería en el mejor interés de este niño (por ejemplo, la cooperación podría causarme un daño físico o emocional grave a mí y/o mi niño).
- He adoptado a este niño como padre/madre soltero(a).
- El padre no custodial de este niño ha fallecido.
- No sé quién es el padre no custodial de este niño.
- No estoy casada con el padre de este niño Y actualmente estoy embarazada.

Si marcó cualquiera de las casillas anteriores, no tiene que proporcionar información sobre el padre no custodial de este niño. Por favor proporcione información sobre el padre no custodial de cualquier otro niño(s) y firme al final de este formulario.

Nombre del padre no custodial del niño num. 3 No sé

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

¿Es este el mismo padre no custodial del niño num. 1 niño num. 2 o ambos nombrado(s) anteriormente? En ese caso, marque el/los niño(s) correspondientes y pasa el resto de esta sección. Si ninguno, complete el resto de esta sección. Asegúrese de firmar este formulario.

Relación del padre no custodial con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="checkbox"/> No sé
Número del Seguro Social <input type="checkbox"/> No sé	Número de licencia de manejar <input type="checkbox"/> No sé	Dirección <input type="checkbox"/> No sé
Número de teléfono <input type="checkbox"/> No sé	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> No sé	

¿El padre no custodial tiene un seguro que cubre a dependientes? Sí No No sé

Si contestó **sí**, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Número de grupo
---------------------------------	--------------------	------------------	-----------------

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud del niño? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

¿Existe una orden judicial para que el padre no custodial pague el seguro de salud de usted, el padre custodial? Sí No No sé

Si contestó **sí**, ¿dónde y cuándo se emitió la orden? _____ No sé

Firma

Certifico bajo pena de perjurio que soy el padre custodial o tutor legal del/de los niño(s) menores de edad listados en este formulario, que he proporcionado toda la información que poseo o que podría obtener razonablemente, y que la información en este formulario es correcta y completa a mi mejor saber y entender.

X

Firma del padre custodial o tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha