

SOLICITUD DE CÁLCULO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS

A:

Se recibió un pedido de asistencia con una planilla de cálculo según las normas para ser usada en:

- un procedimiento de mediación
- un procedimiento judicial
- una acción pro se

Por favor dé la siguiente información:

Nombre del deudor:		Nombre del acreedor: (padre con la custodia física principal):	
Ingresos mensuales brutos basados en ganancias: \$	Nombre del empleador U ocupación y sueldos O fuente de ingresos:	Ingresos mensuales brutos basados en ganancias: \$	Nombre del empleador U ocupación y sueldos O fuente de ingresos:
Manutención de cónyuge pagada o recibida por mes (marcar uno: pagada o recibida): \$		Manutención de cónyuge pagada o recibida por mes (marcar uno: pagada o recibida): \$	
¿Cuota sindical obligatoria pagada por mes? \$		¿Cuota sindical obligatoria pagada por mes? \$	
Número de hijo(s) no compartido(s) con el deudor (NO incluir hijastros):	Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los hijo(s) no compartido(s) que viven con el deudor:	Número de hijo(s) no compartido(s) con el acreedor (NO incluir hijastros):	Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los hijo(s) no compartido(s) que viven con el acreedor:
Gastos de cuidado de niños que el deudor paga por mes para el(los) hijo(s) compartido(s): \$		Gastos de cuidado de niños que el acreedor paga por mes para el(los) hijo(s) compartido(s): \$	
Gastos médicos recurrentes no reembolsados que el deudor paga para el(los) hijo(s) compartido(s) en exceso de \$250 por niño por mes: \$		Gastos médicos recurrentes no reembolsados que el acreedor paga para el(los) hijo(s) compartido(s) en exceso de \$250 por niño por mes: \$	
Otros gastos especiales para el(los) hijo(s) compartido(s) por mes: \$ Razón de los gastos:		Otros gastos especiales para el(los) hijo(s) compartido(s) por mes: \$ Razón de los gastos:	
Número de hijo(s) compartido(s) de las partes:	Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los hijo(s) compartido(s):	Fallo judicial, o acuerdo escrito de tiempo de crianza de los hijos firmado por ambas partes? (marcar uno: sí o no) * Si dijo sí, adjuntar una copia o poner la información en la página 3.	
Costo de la cobertura de atención médica pagado para el(los) hijo(s) compartido(s) por mes: \$		Nombre de la persona que provee la cobertura de atención médica para el(los) hijo(s) compartido(s):	
Beneficios de Seguridad Social o de Veteranos recibidos en nombre del(de los) hijo(s) compartido(s) por discapacidad o jubilación de uno de los padres: Monto \$ Quién recibe el beneficio del niño: Por discapacidad o jubilación de quién:			

Fecha:

Fecha:

Firma del deudor:

Firma del acreedor:

Division of Child Support
1495 Edgewater St. NW, Suite 120
Salem, OR 97304
Telephone: (503) 986-6090
FAX: (503) 986-6158
TDD: (503) 986-6244

AVISO A LAS PARTES

Por lo menos una de las partes debe firmar y fechar este documento antes de presentarlo al Programa de Manutención de Hijos (Child Support Program - CSP) para el cálculo. Si las partes no proveen la información necesaria, firman y fechan el formulario, CSP NO procederá con el cálculo.

Toda la información escrita provista por las partes se adjuntará a la planilla y pasará a formar parte de la planilla.

La planilla se calculará SÓLO con la información provista por las partes. CSP NO USARÁ otros recursos que CSP tiene disponibles para investigar información.

CSP actúa sólo como fuente de información y no es parte de esta mediación ni de otro procedimiento.

USTED DEBE MARCAR UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS Y PROVEER LA INFORMACIÓN APROPIADA:

Estoy/estamos actualmente en mediación con el siguiente mediador:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Estoy/Estamos involucrados o en vías de iniciar una acción judicial que cubre manutención de hijos en el Condado de _____ y la corte solicitó que obtenga/obtemos un cálculo según las normas, o soy un litigante por derecho propio.

Número de Caso Judicial (si está disponible): _____ Fecha de presentación: _____

Todo cálculo de manutención de hijos provisto por el Programa de Manutención de Hijos se basa en las Normas de Manutención de Hijos de Oregón (Oregon Child Support Guidelines) y se puede usar para estimar la cantidad de manutención de hijos que se puede ordenar en su caso. Este cálculo sólo tiene fines informativos y educativos, y no reemplaza a las normas de manutención de hijos. El Administrador, el Juez de Ley Administrativa o la Corte tiene la autoridad final para determinar la cantidad de un fallo de manutención de hijos. **Este cálculo constituye sólo una estimación, no una garantía de la cantidad de manutención de hijos que se ordenará.** Hay otros factores que pueden afectar la cantidad de manutención de hijos otorgada.

Si usted tiene preguntas sobre las normas de manutención de hijos, debe consultar con un abogado o ponerse en contacto con la oficina local del Programa de Manutención de Hijos o CSP. Los empleados del CSP pueden darle información general, pero no asesoramiento legal.

Noches que los hijos pasan con cada padre

	Nombre del acreedor	Nombre del deudor	Total:
Hijo N°1 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches
Hijo N°2 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches
Hijo N°3 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches
Hijo N°4 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches
Hijo N°5 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches
Hijo N°6 _____ (nombre)	_____ noches	_____ noches	_____ noches

Ingrese el número de noches que cada niño pasa con cada padre según un fallo judicial o un acuerdo escrito de tiempo de crianza de los hijos. El total de las columnas de ambos padres debe ser igual a 365. Por ejemplo, si los padres comparten las noches que pasan con los niños igualmente, en la columna de cada padre se debe ingresar 182,5.