



### ***Carta Introductoria Para El Paquete de Participación de CSSD***

Este paquete es proporcionado a usted porque solicita TANF y/o beneficios de Medicaid. Ha indicado en su Aplicación para Ayuda que un padre o ambos padres del niño(s) para quien usted solicita ayuda, no reside en su casa.

Este paquete debe de llenarse completamente y regresarlo a la oficina de CSSD dentro de diez (10) días hábiles después de haberlo recibido o puede estar en riesgo de perder sus beneficios.

La firma del trabajador de ISD (abajo) indica que este paquete ha sido presentado al solicitante y que él mismo entiende que este paquete debe de regresarse a la oficina de CSSD. (Si no lo puede llevar a la oficina de CSSD, se puede dejar en la oficina de ISD, quien luego lo enviará a CSSD. El solicitante debe de cooperar completamente con CSSD asistiendo a todas las citas de entrevista, repasando y firmando los documentos necesarios, proporcionando información solicitada, y asistiendo a las audiencias de la Corte), y participar activamente en el establecimiento y/o ejecución de su caso.

Yo, el solicitante en el caso \_\_\_\_\_ (Identificación del caso de TANF/Medicaid), acepto que se me ha dado este paquete y que debe de ser regresado a CSSD dentro de 10 días hábiles a partir de hoy.

---

***Firma del Solicitante***

---

***Fecha***

---

***Nombre del Solicitante (letra despegada)***

---

***Nombre de Trabajador de ISD***

---

***Fecha***

## **¡ES IMPORTANTE LA COOPERACIÓN CON LA División de Servicios de Manutención Infantil!**

Una de las condiciones como solicitante de TANF (y Medicaid) es que usted coopere con la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD), y que usted ceda sus derechos de sostenimiento de niños y médicos al Estado durante el tiempo que reciba asistencia.

Hay muchas razones del por qué usted debe de cooperar con CSSD para establecer paternidad, sostenimiento de niños, y apoyo médico para su hijo/a, o el niño/ niña bajo su custodia física, estas incluyen:

1. **Establecimiento de paternidad y manutención infantil** – Existe una ventaja para los padres que pagan si la manutención se establece anticipadamente, de modo que no se acumule una gran cantidad de atrasos en la manutención de los niños.
2. **Beneficios** – Si se establece la paternidad, los niños podrían tener derecho a aprovechar beneficios potenciales, como Seguro Social y beneficios de Veteranos que podrían incluir elegibilidad para cuidados de salud, beneficios educativos o dinero.
3. **Cuidado de Salud** – Puede que se le exija los padres del niño(s) que proporcione pagos por cobertura de atención médica y/o ayuda médica para el niño(s). También pueden ser considerados responsables para que le ayuden a pagar deudas por servicios médicos y otros costos de salud.
4. **Herencia** – Si los padres del niño(s), tiene propiedades u otros bienes, su hijo/a puede tener derecho a heredarlos.
5. **Historial Médico de Familia** – Conocer el historial médico de ambos padres del niño(s), puede ayudarle a su médico a proporcionarle el cuidado médico apropiado a del niño(s). Esto es importante en caso de que el niño/a herede alguna condición médica.
6. **Tranquilidad** –Es difícil creciendo hoy en día. Los niños estará mejor al ser mantenido por ambos Padres y Sepa quién es el otro padre.

***Este paquete debe de estar completado y debe de entregarse a la oficina local de CSSD dentro de 10 días hábiles después de haberlo recibido. Por favor no firme el Cuestionario de Paternidad hasta que no esté con un notario en la oficina de CSSD. El notario debe de atestiguar su firma.***

- Fecha de hoy : Se debe para: **January 11, 2012**
- Por favor traiga cualquier documento relacionado con el nacimiento de su hijo/a, como el acta de nacimiento, Reconocimiento de Paternidad, y documentos de inmigración.
- Traiga actas de matrimonio, decretos de divorcio, y ordenes de sostenimiento de niños.
- Traiga cualquier constancia de sostenimiento que le haiga pagado (como cheques) el otro Padre/Madre.

*Si usted no puede llevar el paquete y los documentos a la oficina de CSSD, usted los puede llevar a la oficina de ISD. Sin embargo, usted tiene que mantener una cita con CSSD cuando se comuniquen con usted.*

**OFICINAS de CSSD de Nuevo México  
(Número Gratuito 1-800-283-4465)**

<b><u>Farmington</u> County Office 1</b> 101 W. Animas Farmington, NM 87401 FAX (505) 326-4868 Condados servidos: McKinley and San Juan	<b><u>Las Cruces</u> County Office 2</b> 653 Utah Las Cruces NM, 88004 FAX (575) 524-6539 Condados servidos: Dona Ana and Sierra
<b><u>Albuquerque North</u> County Office 3</b> 1000 18th St NW, Albuquerque, NM 87104 FAX (505) 222-9944 Condados servidos: Bernalillo North	<b><u>Albuquerque South</u> County Office 7</b> 1015 Tijeras, NW Suite 100 Albuquerque, NM 87102-2909 FAX (505) 222-9431, 222-9480 Condados servidos: Bernalillo South
<b><u>Las Vegas</u> County Office 4</b> 3112 Hot Springs Blvd. Las Vegas, NM 87701 FAX (505) 425-7227 Condados servidos: Colfax, Guadalupe, Mora, San Miguel, Taos, Union	
<b><u>Santa Fe</u> County Office 5</b> 39 Plaza La Prensa Santa Fe, NM 87505 FAX (505) 476-6267 Condados servidos: Los Alamos, Rio Arriba, Santa Fe	<b><u>Roswell</u> County Office 6</b> 2732 North Wilshire Blvd. Roswell, NM 88201 FAX (575) 624-6185 Condados servidos: Chaves and Eddy
<b><u>Clovis</u> County Office 10</b> 3316 North Main Street, Suite B Clovis, NM 88101 FAX (575) 769-8125 Condados servidos: Curry, Roosevelt, Quay, De Baca, Harding	<b><u>Hobbs</u> County Office 15</b> 2120 North Alto Suite 109 Hobbs, NM 88240 (575) 393-1642 Condados servidos: Lea
<b><u>Silver City</u> County Office 12</b> 3088 32nd Street By-Pass, Suite B Silver City, NM 88061 FAX (575) 538-3212 Condados servidos: Grant & Hidalgo	<b><u>Deming</u> County Office 16</b> 910 East Pear / P.O. Box 750 Deming, NM 88031 FAX (575) 544-2045 Condados servidos: Luna
<b><u>Los Lunas</u> County Office 14</b> 445 Camino del Rey Los Lunas, NM 87031 FAX (505) 222-0869 Condados servidos: Valencia, Socorro, Catron, Torrance & Cibola	<b><u>Rio Rancho</u> County Office 13</b> 4363 Jager Drive NE, Rio Rancho, NM 87144-7520 FAX (505) 383-6373 Condados servidos: Sandoval
	<b><u>Alamogordo</u> County Office 18</b> 2000 Juniper Ave Alamogordo, NM 88310 FAX (575) 434-8368 Condados servidos: Lincoln & Otero

**División de Servicios de Manutención Infantil**  
**Cuestionario de Paternidad**

**La información que se pide en este cuestionario es confidencial y solo está a la disposición de la Corte de Distrito y de la Agencia de Sostenimiento Niños para hacer cumplir las leyes de sostenimiento del Estado de Nuevo México**

**MADRE**

Apellido	Nombre	Inicial Del Segundo Nombre	Número De Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección/ Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado	Código Postal
Otra Dirección Donde Se Puede Localizar A La Madre		Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada
Ocupación		Trabajo		Área y Número De Teléfono Del Trabajo
Dirección Del Trabajo Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado	Código Postal
		Área y Número De Teléfono De Celular		

**PADRE**

Apellido	Nombre	Inicial Del Segundo Nombre	Número De Seguro Social	Fecha De Nacimiento
Otros nombres o alias utilizados				Raza
Dirección/ Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Del Trabajo Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado	Código Postal
Banco		Ubicación		Área y Número De Teléfono De Celular
Descripción Física		Estado Civil		
Estatura _____ Peso _____ Color De Cabello _____ Color De Ojos _____		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		
		<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		

**HIJO/A**

Apellido	Nombre	Inicial Del Segundo Nombre	Peso Al Nacer Libras ____ Onzas ____	Fecha de Nacimiento
Lugar De Nacimiento: Ciudad		Condado	Estado	Estado Donde Se Procreo
Hospital	Dirección/ Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado
				Código Postal
Médico o Partera Que Proporciona Los Cuidados Prenatales	Dirección/ Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado
				Código Postal
Medico Del Parto	Dirección/ Apartado Postal/ Zona Rural		Ciudad	Estado
				Código Postal

**Por favor conteste este cuestionario tan exacto y completo como sea posible.**

1. ¿Ha habido anteriormente Acciones Legales en relación a la paternidad de este niño/a? ☐ SÍ ☐ NO Fecha: \_\_\_\_\_  
Abogado: \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_
2. ¿Estaba usted casada cuando se embarazó? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, nombre y proporcione la dirección de su marido si él no es el Padre de su hijo/a: \_\_\_\_\_
3. ¿Está en el acta de nacimiento el nombre del Padre? ☐ SÍ ☐ NO ¿Él firmó algún documento? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, ¿Qué documentos fueron? \_\_\_\_\_
4. Proporcione una lista de los nombres, direcciones, y números de teléfono de las personas a quienes el Padre les ha admitido la paternidad del niño/a, o de quienes puedan proporcionar alguna otra información que pueda ayudar en este caso:  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_
5. ¿Alguna vez vivió usted con él? ☐ SI ☐ NO Desde qué Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombres que utilizó: \_\_\_\_\_
6. ¿Está el Padre tomando ventaja de su derecho de visitas? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Si el Padre no está tomando ventaja de su derecho de visitas, él desea hacerlo? ☐ SÍ ☐ NO  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Cuál es la fecha que usted piensa que quedó embarazada? \_\_\_\_\_  
¿Por qué piensa usted que esta fecha es correcta? \_\_\_\_\_
9. ¿Está usted dispuesta a someterse a exámenes de sangre? ☐ SÍ ☐ NO

¿Declara usted bajo penalidad de perjurio que esta información es verdadera a su mejor conocimiento y entiende que usted jura y afirma esta declaración? ☐ SÍ ☐ NO

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Madre que tiene la Custodia

SUBSCRIBED and SWORN to before me on  
this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

## I. DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y AVISO DE NO REPRESENTACIÓN

**La División de Cumplimiento de Manutención Infantil de Nuevo México (CSSD) atiende el interés del Estado de tener hijos adecuadamente mantenidos por sus padres. La CSSD también busca el reembolso de las asignaciones de TANF y Medicaid, de conformidad con las leyes estatales y federales.** Su caso será manejado principalmente por personal no procurador de la CSSD, quien podrá o no remitir su caso a un Abogado de la CSSD. Es probable que se le requiera comparecer como testigo en el tribunal, reunirse con un Abogado de la CSSD y/o reunirse con personal no procurador de la CSSD para discutir su caso.

**El Procurador de la CSSD representa únicamente al Estado de Nuevo México.** No existe una relación abogado-cliente expresa o implícita entre usted y cualquier abogado de la CSSD. Y no hay relación confidencial entre usted y el abogado de la CSSD. La información que usted proporcione al abogado de la CSSD no es confidencial y podrá ser revelada a la otra parte. Por ley, el abogado de la CSSD representa únicamente al Estado de Nuevo México, y la forma en que maneja los casos también está limitada por la ley. En caso de no estar satisfecho con las acciones realizadas por la CSSD o su abogado, puede presentar sus propios alegatos ante el tribunal, o bien puede contratar a un abogado privado para que lo represente.

## II. CONFLICTO DE INTERESES

**El abogado de la CSSD solo representa los intereses del Estado.** Puede haber momentos en que los intereses del Estado sean distintos de los intereses personales del custodio. El abogado de la CSSD está obligado por ley a actuar en el mejor interés del Estado. Por ejemplo, el Estado podrá pedir que se firme una sentencia a favor del Estado únicamente, si usted no comparece a una audiencia cuando tuvo el debido aviso. Todos los pagos se efectuarán y tramitarán a través de la Unidad Estatal de Desembolso de la CSSD (SDU) y se distribuirán conforme a las leyes estatales y federales. Un abogado de la CSSD podrá resolver únicamente el interés del Estado en su caso sin su información o aprobación.

**Sus intereses pueden entrar en conflicto con los intereses de otro cliente de manutención infantil; parte de su información puede estar disponible para el otro padre.** Si el padre sin custodia de su hijo tiene más de un caso de manutención infantil con la CSSD, su caso no recibirá tratamiento preferencial. El personal de la CSSD que trabaje en los demás casos del padre sin custodia tendrá acceso a la información que usted proporcionó a la CSSD.

**El monto de su obligación de manutención mensual podrá modificarse con base en las leyes estatales y federales.** A petición de cualquiera de las partes, la CSSD podrá revisar su orden de manutención para su modificación. Si la revisión demuestra que debe cambiarse el monto de la manutención, la CSSD podrá proceder a buscar una modificación. El monto de la manutención podría incrementarse o disminuirse, con base en las circunstancias actuales de ambas partes y del niño. Si se presenta una moción de modificación, un juez o un funcionario de audiencias tomará la decisión final, de acuerdo con la ley de Nuevo México. Su caso estará sujeto a este proceso de revisión y modificación.

## III. CONFIDENCIALIDAD

**No toda la información que proporcione a cualquier empleado de la CSSD es confidencial. Alguna información puede ser revelada a la otra parte.** No existe relación Abogado-Cliente entre usted y cualquier empleado de la CSSD, incluidos los abogados de la CSSD. Cualquier información que proporcione a cualquier empleado de la CSSD estará disponible para todos los empleados de la CSSD, incluido el personal que trabaja en el caso del otro padre (si el otro padre también recibe servicios de la CSSD) y el personal de la CSSD que trabaja en los casos de otros padres custodios, quienes comparten con usted un padre sin custodia. Incluso es posible que la información proporcionada por usted a un empleado de la CSSD pueda ser utilizada en su contra en ciertas circunstancias. Dichas circunstancias incluyen, pero no se limitan a, revelar información que puede conducir a cargos de fraude de asistencia social en su contra. Por ejemplo, si recibió beneficios, como TANF, y no informó la manutención infantil u otros ingresos a la División de Manutención de los Ingresos.

## IV. LIMITACIÓN DE ACCIÓN DE LA CSSD

**Por ley, el papel de la CSSD o sus abogados se limita únicamente al tema de la manutención infantil y médica manutención.** La CSSD no prestará servicios relacionados con otros temas como visitas, custodia, liquidación de bienes u otros asuntos similares. En caso de que surja algún asunto que no sea la manutención, puede comunicarse con un abogado privado, Legal Aid, o puede consultar con el departamento de autoayuda de su juzgado.

## IMPORTANTE

**NO FIRME A CONTINUACIÓN A MENOS QUE ENTIENDA PLENAMENTE Y ACEPTÉ TODO LO ANTERIOR.** En caso de tener alguna duda relativa a lo anterior, es posible que desee discutirlos con un abogado antes de solicitar los servicios de la CSSD.

---

**He leído y entendido los términos anteriores. Entiendo que el abogado de la CSSD no me representa. Acepto los términos anteriores.**

Firma solicitante/destinatario: \_\_\_\_\_

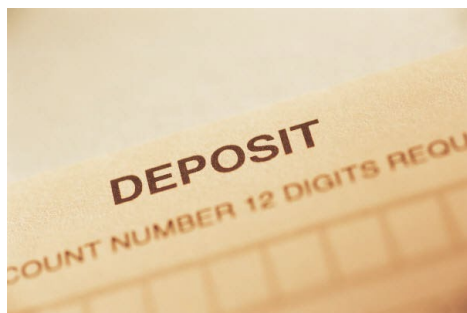
Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

# \*AVISO\*

La División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) le gustaría ayudarle a que usted reciba sus pagos de sostenimiento de niños rápidamente, de una manera más fácil y segura. Cuando empiecen a llegar sus pagos de Sostenimiento de niños, los puede recibir de una de las siguientes 2 maneras:

DEPOSITO DIRECTO

O TARJETA DE DEBITO



**Depósito Directo:** Si quiere recibir sus pagos directamente a una cuenta bancaria que usted ya tiene, por favor llene la Forma de Petición de Depósito Directo ajuntada.

**Tarjeta de Débito:** por favor Revise el folleto apegado con programa de cargos para la tarjeta de debito prepagada Mastercard de Sostenimiento de Niños de Nuevo México (Tarjeta de débito). Si prefiere recibir pagos a través de la Tarjeta de Débito, no haga nada en este momento. Usted será registrado automáticamente (a menos que seleccionó para recibir pagos por depósito directo) a recibir la Tarjeta de Débito cuando la orden de sostenimiento sea establecida en su caso.

Todos los pagos enviados por CSSD deben ser por transferencia electrónica de fondos (EFT) – Depósito Directo o Tarjeta de Débito. Por favor note que si tiene más de un caso de CSSD, su selección de depósito directo o Tarjeta de Débito se aplicará a todos sus casos. Cuando pagos son recibidos en su caso, los primeros pagos enviados por CSSD a usted pueden ser a través de (cheque) hasta que el sistema automático de CSSD interfase para enviarle pagos a través de depósito directo o Tarjeta de Débito.

Si usted tiene un guardián o a conservador legal, participa en procesos legales como insolvencia, o es prohibido legalmente de obtener una cuenta financiera, puede calificar para una exención de pagos de EFT. Si una de estas situaciones le aplica, por favor solicite una Forma de Exención de transferencia electrónica de fondos de su oficina local de CSSD para ser completada por usted y revisada para aprobación por CSSD.

Autorización de pago por depósito directo:

El depósito directo también se conoce como transferencia electrónica de fondos (electronic funds transfer, EFT). Con su firma en el formulario de autorización de depósito directo, usted autoriza a la División de Servicios de la Manutención de Infantil (Child Support Services Division, CSSD) a depositar sus pagos del sostenimiento de niños directamente en su cuenta. Cuando se envía un pago a su caso del sostenimiento de niños, la CSSD le informa electrónicamente a su banco para que lo acredite a su cuenta. También puede registrarse en línea después de recibir una identificación de usuario y una contraseña en el sitio web del Sostenimiento de Niños de Nuevo México: <https://yes.nm.gov>

Requisitos para emplear este método de pago:

- Deberá tener una cuenta corriente o de ahorros en un banco o cooperativa de crédito
- Deberá tener un caso del sostenimiento de niños con la NM CSSD.
- Los pagos de todos los casos que tenga con la NM CSSD se harán mediante depósito directo.

Información requerida para inscribirse:

- Deberá enviarse una autorización totalmente llena.
- Llene todas las áreas de la autorización. No deje espacios en blanco.
- Firme la autorización. (Si tiene una cuenta conjunta, cerciórese de que ambos titulares firmen la autorización).
- Deberá anexar un cheque en blanco, marcado “anulado”, al formulario de autorización. *(La información en el cheque puede diferir a la de un comprobante de depósito; y es posible que tenga que verificar con su institución financiera el número de cuenta correcto que se usará para el depósito directo).*

Envíe el formulario de autorización completo con el cheque anulado a cualquiera de las siguientes opciones:

- **Correo: NM State Disbursement Unit**  
**PO Box 2348**  
**Santa Fe, NM 87504**
- **Fax: NM SDU at 505-476-3920**
- **Cargar en línea: cuenta en línea en <https://yes.nm.gov>**
- **Dejar en la oficina local de CSSD: ubicaciones en [https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field\\_offices/](https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices/)**

El proceso:

- La CSSD confirmará la información relacionada con su banco. Usted recibirá una carta que confirma la información de su cuenta. El depósito tarda unos 10 días laborales para establecerse.

Suspender o cambiar el depósito directo:

- El depósito directo seguirá vigente hasta que el o los titulares de la cuenta notifiquen a la CSSD por escrito que ponga fin a la autorización **y la CSSD tenga tiempo de actuar al respecto**. La carta de terminación debería enviarse a la dirección o número de fax que se indica arriba.
- Cuando se termina el depósito directo, el pago del sostenimiento de niños se enviará mediante una orden estatal (cheque) a la dirección más reciente que la CSSD tenga de usted.
- Si cambia de banco, usted, como titular de la cuenta, deberá notificar a la CSSD por escrito, a la dirección o número de fax que se indica arriba, que ponga fin a su autorización. Deberá enviar un formulario de autorización de depósito directo, completamente lleno, si desea que le depositen sus pagos del sostenimiento de niños directamente en su nueva cuenta.
- Si su banco no acepta el depósito, la CSSD cancelará su autorización de depósito directo y enviará una orden estatal (cheque) a la dirección más reciente que tenga de usted.

Recibir un pago:

La CSSD desembolsará un pago a su cuenta cuando se aplique a su caso. En la mayoría de los casos, recibirá el pago en su banco dentro de dos días laborales, contados a partir de la fecha en la CSSD efectúe el pago a su caso.



NOMBRE: APELLIDO

NOMBRE

ID DE MIEMBRO:

ID DEL:

**La Autoridad de Atención Médica (HCA)**  
**División de Servicios de la Manutención de Infantil**

**Autorización de Depósito Directo**

Autorizo a la CSSD a efectuar depósitos  
a la cuenta que se indica a continuación, únicamente a los efectos de pago del sostenimiento de niños:

**Condiciones:**

La autorización para hacer depósitos a la cuenta seguirá vigente hasta que el titular de la cuenta notifique por escrito a la CSSD acerca de la cancelación.

La CSSD se reserva el derecho de cancelar la autorización  
en cualquier momento.

☐ Nueva ☐ Actualización/Corrección ☐ Suspensión

Nombre del padre con custodia		NSS:	
P.O. Box o dirección postal:			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono diurno:			
Nombre de la institución financiera		Dirección de la institución financiera	
Número de cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	Número de ruta:	

Autorizo a la CSSD a hacer depósitos a la cuenta que se indica arriba. La CSSD puede depositar a esta cuenta hasta que yo cancele la autorización y la CSSD tenga tiempo para actuar al respecto. La CSSD se reserva el derecho de cancelar la autorización en cualquier momento. Si los fondos se depositan en mi cuenta por error, autorizo a la CSSD a deducirlo de mis pagos futuros. Comprendo que la cuenta que se indicó anteriormente es conjunta, por lo que todos los titulares deberán dar su autorización con su firma a continuación.

Firma del titular de la cuenta	Fecha:
Firma del titular de la cuenta (para cuentas conjuntas)	Fecha:

**Anexe un cheque anulado al formulario de autorización**

Lista de todas las tarifas de la Tarjeta de Prepago Mastercard Manutención infantil de NM Way2Go

Todas las tarifas	Cantidad	Detalles
Comenzar		
Compra de tarjeta	\$0.00	No hay ningún cargo para obtener una cuenta de tarjeta.
Uso mensual		
Tarifa de uso mensual	\$0.00	No hay una tarifa mensual asociada con esta tarjeta.
Gastar dinero		
Terminal punto de venta (TPV)	\$0.00	No se aplica ningún cargo por las transacciones de compra en TPV realizadas en los Estados Unidos con su firma o Número de Identificación Personal (NIP).
Pago de facturas en línea	\$0.00	No hay cargo por pagar facturas en línea a través de GoProgram.com.
Obtener dinero en efectivo		
Retiro cajero automático (dentro de la red)	\$0.00	No hay cargo por retiros en cajeros automáticos dentro de la red. Dentro de la red se refiere a las ubicaciones de cajeros automáticos de Allpoint. Las ubicaciones se pueden encontrar en <a href="https://www.allpointnetwork.com/locator.html">https://www.allpointnetwork.com/locator.html</a> . Al usar su Tarjeta en un cajero automático, la cantidad máxima que se puede retirar de la cuenta de su Tarjeta por día calendario es de \$500.00
Retiro cajero automático (fuera de la red)	\$1.20	Ésta es nuestra tarifa. Se le cobrará por cada transacción realizada en ubicaciones de cajeros automáticos fuera de la red. Fuera de la red se refiere a cualquier cajero automático que no esté en la red de cajeros automáticos de Allpoint. El operador del cajero automático también puede cobrarle una tarifa, incluso si no completa una transacción. Cuando use su tarjeta en un cajero automático, la cantidad máxima que se puede retirar de su cuenta de Tarjeta por día calendario es \$ 500.00.
Retiro de efectivo asistido por cajero (OTC)	\$0.00	No se aplica ningún cargo por retiros de efectivo realizados en ventanillas de bancos miembros de Mastercard o cooperativa de credito.
Información		
Consulta de saldo instantánea por mensaje de texto desde teléfonos móviles	\$0.00	No hay cargos por suscribirse a la notificación de depósito, alerta de saldo bajo y / o alerta móvil instantánea por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. También puede registrarse para recibir alertas instantáneas de texto móvil. Usted es responsable de todos los cargos y tarifas asociados con el uso de correo electrónico o mensajes de texto impuestos por su operador de telefonía móvil o proveedor de servicios de Internet.
Consulta de saldo cajero automático (dentro o fuera de la red)	\$0.00	No hay cargo por realizar consultas de saldo en cualquier cajero automático.
Servicio al cliente	\$0.00	No hay cargo por llamar a la línea de servicio al cliente automatizada. Nunca hay un cargo por transferir a un agente en vivo.
Usando su tarjeta fuera de Estados Unidos		
Tarifa de conversión internacional	\$0.00	No hay cargos adicionales por transacciones que se realicen fuera de los Estados Unidos.
Retiro en cajero automático internacional	\$1.20	Esta es nuestra tarifa. Se le cobrará por cada transacción realizada en cajeros automáticos fuera de la red. Fuera de la red se refiere a cualquier cajero automático que no esté en la red de cajeros automáticos de Allpoint. El operador del cajero automático también puede cobrarle una tarifa, incluso si no completa una transacción. Al usar su tarjeta en un cajero automático, la cantidad máxima que se puede retirar de la cuenta de su Tarjeta por día calendario es de \$500.00
Consulta de saldo en cajero automático internacional	\$0.00	No hay cargo por realizar consultas de saldo en cualquier cajero automático.
Otro		
Reemplazo de tarjeta	\$0.00	No hay ningún cargo por reemplazar su tarjeta.
Entrega de tarjeta acelerada	\$12.50	Si usted solicita que la entrega de su tarjeta de reemplazo sea rápida en lugar de recibirla por correo postal regular, se le aplicará el cargo por entrega rápida de la tarjeta, además de cualquier cargo por reemplazo de tarjeta aplicable. El tiempo de entrega rápida de la tarjeta es de 3 a 5 días calendario.
Transferencia de fondos a través de respuesta interactiva de voz (IVR-teléfono) o portal web	\$0.00	No se aplica ningún cargo por transferir fondos desde la cuenta de su tarjeta a una cuenta bancaria de los Estados Unidos de su propiedad.
Tarifa de inactividad	\$0.00	No se cobra ningún cargo en caso de que su tarjeta quede inactiva. La inactividad se define como no realizar depósitos, compras, llamadas al servicio de atención al cliente automatizado o en vivo, retiros de efectivo, consultas de saldo en cajeros automáticos o transferencias de fondos durante 12 meses consecutivos.

Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC y serán retenidos o transferidos a Comerica Bank, una institución asegurada por la FDIC. Una vez allí, sus fondos están asegurados hasta por \$ 250,000 por la FDIC en caso de que Comerica Bank falle, si se cumplen los requisitos específicos del seguro de depósitos. Consulte [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](https://fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) para obtener más detalles.

No hay función de sobregiro / crédito.  
Comuníquese con el Servicio al Cliente de Go Program llamando al 1-844-309-5656 , por correo postal a P.O. Box 245997, San Antonio, TX 78224-5997 o visite [www.GoProgram.com](https://www.GoProgram.com).

Para obtener información general sobre cuentas prepagas, visite [cfpb.gov/prepaid](https://cfpb.gov/prepaid).  
Si tiene una queja sobre una cuenta prepago, llame a la Oficina de Protección Financiera del Consumidor al 1-855-411-2372 o visite [cfpb.gov/complaint](https://cfpb.gov/complaint).

Tarjeta prepagada de Manutención Infantil de New Mexico emitida por Comerica

Tiene opciones para recibir sus pagos. Puede elegir el depósito directo a su cuenta bancaria o esta tarjeta de prepago. No es necesario que acepte esta tarjeta.			
Cargo mensual	Por compra	Retiro por cajero automático (ATM)	Recarga de efectivo
\$0	\$0	\$0 dentro de la red \$1.20* fuera de la red	N/A
Consulta de saldo en ATM (dentro o fuera de la red)			\$0
Servicio al cliente (agente automatizado o en vivo)			\$0 per call
Inactividad			\$0
Cobramos otro tipo de cargo.			
Reemplazo de tarjeta cargo (entrega normal o rápida)			\$5.00** or \$12.50**
<p>* Esta tarifa puede ser menor dependiendo de cómo y dónde se use esta tarjeta. Consulte la divulgación separada para conocer las formas de acceder a sus fondos y la información de su saldo sin cargo ** y para obtener información sobre la entrega estándar y acelerada de reemplazos de tarjetas.</p> <p><b>Sin característica de protección contra sobregiros/crédito.</b></p> <p>Sus fondos son elegibles para el seguro de la FDIC.</p> <p>Para obtener información general acerca de las cuentas prepagadas, visite <a href="https://cfpb.gov/prepaid">cfpb.gov/prepaid</a>.</p> <p>Encuentre los detalles y las condiciones para todos los cargos y servicios en los acuerdo de la tarjeta habiente.</p>			

**NEW MEXICO HCA-CSSD PREPAID DEBIT CARD ENROLLMENT FORM**  
**NEW MEXICO HSD-CSSD UNA CUENTA DE TARJETA DE DEBITO PREPAGADA FORMA**

**Name (please print)** \_\_\_\_\_  
*Nombre (por favor escriba en letra de imprenta) First –Primer Nombre Middle Initial – Inicial del Segundo Nombre Last – Apellido*

**Address** \_\_\_\_\_ **Apt. #** \_\_\_\_\_  
*Dirección . Dpto #*

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip Code** \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código postal*

**Phone Number ( )** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Social Security Number (required)** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
*Número de teléfono Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social (obligatorio)*

**Child Support** *Manutención de menores*

**Member Number (required))** *Número de Miembro (obligatorio)* \_\_\_\_\_  
(This is the 9 – digit Member Number located on your payment stub. Or contact the NM CSSD at 1-800-283-4465)  
(Este es el Número de Miembro de 9 dígitos que se encuentra en su talón de pago. O comuníquese con el CSSD de NM al 1-800-283-4465)

By signing this form, I authorize the New Mexico Child Support Services Division (“State Agency”) to share information about me with Comerica Bank, (“Bank”) for the purpose of establishing a Prepaid Debit Card account (“Prepaid Card”) that will be used by the State Agency for disbursement of my child support payments. I understand that the Prepaid Card is a voluntary disbursement option provided by the State Agency and will cancel and replace any direct deposit or check selections I have made previously. I acknowledge that the Prepaid Card is subject to certain terms, conditions and fees established by the Bank and agree to be bound by the terms of the State of New Mexico Prepaid Debit Card Deposit Agreement from Comerica Bank, that will be provided when I receive my Prepaid Card. I have received, read and understand the Schedule of Fees furnished with this enrollment brochure.

Al firmar este formulario, autorizo a la División de Servicios de la Manutención de Infantil («Agencia Estatal») a compartir mi información con Comerica Bank («Banco») con el fin de establecer una cuenta de tarjeta de débito prepaga («Tarjeta prepaga») que utilizará la Agencia Estatal para el desembolso mis pagos de la manutención de menores. Entiendo que la tarjeta prepaga es una opción de desembolso voluntario proporcionada por la Agencia Estatal y cancelará y reemplazará cualquier depósito directo o selección de cheques que haya hecho anteriormente. Reconozco que la tarjeta prepaga está sujeta a ciertos términos, condiciones y cargos establecidos por el Banco y acepto regirme por los términos del Acuerdo de depósito con tarjeta de débito prepaga del estado de Nuevo México de Comerica Bank, que se proporcionará cuando reciba mi Tarjeta Prepaga. He recibido, leído y entiendo la Tabla de Tarifas que se proporciona con este folleto de suscripción.

**Signature (required)** \_\_\_\_\_ **Date (required)** \_\_\_\_\_  
*Firma (obligatorio) Fecha (obligatorio)*

Send the completed form to any of the following options:

- Mail: NM State Disbursement Unit  
PO Box 2348  
Santa Fe, NM 87504
- Fax: NM SDU at 505-476-3920
- Upload online: online account at <https://yes.nm.gov>
- Drop off at local CSSD office: locations at [https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field\\_offices/](https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices/)

Envíe el formulario completo a cualquiera de las siguientes opciones:

- Correo: NM State Disbursement Unit  
PO Box 2348  
Santa Fe, NM 87504
- Fax: NM SDU at 505-476-3920
- Cargar en línea: cuenta en línea en <https://yes.nm.gov>
- Dejar en la oficina local de CSSD: ubicaciones en [https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field\\_offices/](https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices/)

# DIVISION DE ORDÉN DE SOSTENIMIENTO DE NIÑOS DE NUEVO MÉXICO

## AVISO DE DERECHO DE RECLAMAR BUENA CAUSA

Leyes federales y del estado requieren el establecimiento y la aplicación de las obligaciones legales de padres a sostener a sus niños dependientes. Hay muchos beneficios a establecer descendencia y obtener sostenimiento a favor de niños dependientes. Dependientes pueden tener derecho para aprovecharse de beneficios potenciales como Seguro Social y beneficios de Veteranos que podrían incluir elegibilidad para cuidado médico o dinero por estos programas.

**Cooperación:** Leyes federales y del estado también le requieren a cooperar a asegurar obligaciones de padres ausentes con sostenimiento como una condición para la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y/o Medicaid. "Cooperación" significa que debe nombrar a los padres ausentes de cualquier niño para quien usted recibe beneficios y da información necesaria para localizar y asegurar apoyo de los padres. "Cooperación" también incluye mantener citas con la División de Orden de Sostenimiento de Hijos (CSSD), revisando y firmando documentos necesarios, y atendiendo cualquier y todos las cortes de audiencia. Usted también debe reportar y debe entregar a CSSD todos los pagos de sostenimiento para un dependiente que son hechos directamente a usted por un padre.

**Causa Buena:** Aunque sea requerido a cooperar en establecer e imponer obligaciones de sostenimiento, puede tener una razón para reclamar "causa buena" para no cooperar. Si puede mostrar que su cooperación no está en el interés mejor del niño, usted no puede ser requerido a proporcionar información y ayudar al estado a seguir reclamos para el sostenimiento para sus niños dependientes.

Un reclamo para la "causa buena" incluye uno de lo siguiente:

- El niño para quien el apoyo es buscado fue concebido debido a un asalto sexual incluyendo incesto o violación;
- los procesos para la adopción del niño están pendientes en corte;
- trabaja con una agencia pública o agencia privada licenciada de adopción que está ayudándole a decidir si quiere mantener el niño o colocarlo para adopción;
- hay un riesgo de abuso doméstico a usted o al niño incluyendo daño físico, daño sexual, o daño emocional.

Si quiere reclamar "causa buena", es aconsejado que debe proporcionar evidencia para que el estado considere aprobación. La evidencia incluye uno o más de lo siguiente:

- Una acta de nacimiento o registro de la ley que indican que el niño fue concebido como el resultado del incesto o una violación;
- documentos de una corte u otros registros que indica que los procesos para una adopción están pendientes en una corte;
- documentos de una corte que hay una orden de restricción permanente;
- registros médicos que indican la historia de salud emocional y presentan estatus de salud del vigilante o del niño para quien sostenimiento sería pedido; o declaraciones escritas de un profesional de salud mental que indica un diagnóstico o el pronóstico con respecto a la salud emocional de usted o del niño;
- una declaración escrita de una agencia pública o privada confirmando de que usted está recibiendo ayuda en resolver el asunto de si colocar al niño(s) en adopción; o
- una declaración jurada firmada por usted indicando las circunstancias para su reclamo de causa buena.

Su reclamo de "causa buena" será considerado por el estado para determinar si su cooperación no está en el mejor interés del niño(s). Será informado de la decisión del estado con respecto a su reclamo de "causa buena".

**Confidencialidad:** Si usted o el niño(s) son la víctima de violencia doméstica debido a los padres ausentes y usted no tiene los criterios para "causa buena" listados arriba, puede solicitar que CSSD no divulgue su información de ubicación de usted o de su hijo(s). El estado todavía seguirá el establecimiento de descendencia y de obligaciones de sostenimiento, pero restringirá su información proporcionada a los Registros de Casos Federales de Paternidad u Sostenimiento de Hijos. Si se ha registrado con la Oficina de la Secretaría del Estado de Nuevo México para una dirección sustituta, por favor notifique a su trabajador de caso de CSSD.

Por favor verifique uno de lo siguiente:

- \_\_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de reclamar "causa buena" si mis circunstancias son uno de los criterios listados arriba. YO NO quiero reclamar "causa buena" ni confidencialidad en este momento.
- \_\_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de reclamar causa buena si mis circunstancias son uno de los criterios listados arriba. YO NO quiero reclamar "causa buena" en este momento, pero quiero reclamar confidencialidad.
- \_\_\_\_\_ Comprendo que tengo el derecho de reclamar "causa buena" si mis circunstancias son unas de los criterios listados arriba. QUIERO llenar papeleo para reclamar "causa buena" en este momento. Comprendo que deberé juntarme con mi trabajador social, proporcionar evidencia de mi reclamo y llenar algún documento necesitado para completar mi reclamo para la "causa buena".

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma