

## Información de un niño adicional

Página \_\_\_ de \_\_\_

**Si el padre con custodia (CP, por sus siglas en inglés) u otro padre sin custodia (NCP, por sus siglas en inglés) en casos de tutela temporal (FC, por sus siglas en inglés) tiene más de un hijo con este NCP/padre putativo (PF, por sus siglas en inglés), debe llenarse un formulario LDSS-4882C o una copia de la Parte III del LDSS-4882 por cada hijo adicional.**

Número de la tarjeta de identidad (CIN, por sus siglas en inglés) \_\_\_\_\_

Número de línea WMS \_\_\_\_\_

|  |   |  |  |                     |   |               |
|--|---|--|--|---------------------|---|---------------|
| Nombre del niño  | Nombre de pila  | Segundo nombre   | Apellido   |                     | Sufijo                                    |               |
| Número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés)  | - -   | Número de identificación individual del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés)   | - -  | Fecha de nacimiento | Día/mes/año<br>___ / ___ / ___            |               |
| Género   | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> No nacido<br>Fecha límite ___ / ___ / ___   | Nombre del padre biológico   | Madre: nombre de pila  | Segundo nombre      | Apellido                                  |               |
|  |   |  | Padre: nombre de pila  | Segundo nombre      | Apellido                                  |               |
| Relación del NCP/PF con el niño  | <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre putativo   |  |  |                     |   |               |
| Estado civil de los padres   | ¿La madre estaba casada con el padre o el padrastro del niño al momento de su nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br>Si la respuesta es "Sí", diríjase a las preguntas de "Orden de información de respaldo" más abajo.<br>Si la respuesta es "No", diríjase a las preguntas de "Establecimiento de paternidad" más abajo.   |  |  |                     |   |               |
| <b>Por favor tome nota que si la paternidad del niño no fue establecida, debe llenarse una declaración jurada de paternidad.</b> |   |  |  |                     |   |               |
| Establecimiento de paternidad  | ¿Se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí - Diríjase a las preguntas de "Establecimiento de paternidad" más abajo. Usted <u>no</u> necesita responder las preguntas de "Estado de jurisdicción" más abajo.<br><input type="checkbox"/> No - Diríjase a las preguntas de "Estado de jurisdicción" más abajo.<br><input type="checkbox"/> No sabe - Diríjase a las preguntas de "Estado de jurisdicción" más abajo.   |  |  |                     |   |               |
|  | ¿Cómo se estableció la paternidad?<br><input type="checkbox"/> Se estableció ante el Tribunal el ___ / ___ / ___<br>Nombre del Tribunal _____<br><input type="checkbox"/> Reconocimiento de paternidad el ___ / ___ / ___   | ¿En qué condado, estado y país se estableció la paternidad?<br>Condado _____<br>Estado _____<br>País _____   |  |                     |   |               |
| Estado de jurisdicción   | ¿Dónde fue concebido el niño? Estado _____ País _____   |  |  |                     |   |               |
|  | ¿El PF cubrió los gastos prenatales o de manutención infantil del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe  |  |  |                     |   |               |
|  | ¿El PF reside con el niño en el estado de Nueva York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe  |  |  |                     |   |               |
|  | ¿El niño reside en el estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas del PF? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe   |  |  |                     |   |               |
| Orden de información de manutención infantil (responda únicamente si es distinta para este niño)                                 | ¿Existe una orden de manutención infantil para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br>Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de la orden? ___ / ___ / ___   |  | ¿Se ha ordenado seguro de salud?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe |                     |   |               |
|  | Monto de la obligación  | \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes<br><input type="checkbox"/> Otro _____  |  |                     |   |               |
|  | Tribunal que emitió la Orden  | <input type="checkbox"/> Tribunal de Familia<br><input type="checkbox"/> Tribunal Supremo<br><input type="checkbox"/> Otro   | Condado/estado/país  |                     | Expediente o número de ficha del Tribunal |               |
| Información de cobertura de salud (responda únicamente si es distinta para este niño)  | ¿El niño cuenta con cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe<br>Si la respuesta es "Sí", identifique el tipo de cobertura:<br><input type="checkbox"/> Privada - Diríjase a las preguntas de "Beneficios del seguro de salud" más abajo.<br><input type="checkbox"/> Pública - Diríjase a las preguntas de "Cobertura del seguro público de salud" más abajo.<br><input type="checkbox"/> No sabe - Diríjase a la "Sección B - Documentación de respaldo" en la página A-7. |  |  |                     |   |               |
|  | Beneficios del seguro de salud  | ¿Quién proporciona la cobertura del seguro privado de salud?<br><input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro _____ |  |                     |   |               |
|  |   | Nombre de la compañía de seguros de salud  |  | Número de póliza    | Número de grupo                           |               |
|  |   | No. Calle  | Piso/dpto./oficina   | Ciudad              | Estado                                    | Código postal |
| Cobertura del seguro público de salud  | Indique el tipo de cobertura del seguro público de salud:<br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> Otro _____<br>Contribución mensual del CHPlus del padre: \$ _____   |  |  |                     |   |               |

| Parte IV – Información sobre tutela temporal (únicamente para uso de la agencia/Agency Use Only) |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <b>Foster Care Referral</b>  | <b><i>The Commissioner or Designee must complete this section on behalf of the social services district (SSD) or the Office of Children and Family Services (OCFS) Commissioner for a child in Foster Care placement.</i></b> |   |   |  |
| <b>Name of Child</b>   | First   | Middle  | Last  | Suffix                                 |
| <b>Case Information</b>  | Case Number   | Case Status<br><input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening<br><input type="checkbox"/> Changes or Updates |   | Date of Referral<br>____ / ____ / ____ |
| <b>Category</b>  | What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care  |   |   |  |
| <b>Type of Placement</b>   | <input type="checkbox"/> Voluntary<br><input type="checkbox"/> Court Ordered  | Placement Date<br>____ / ____ / ____  | Cost of Care<br>\$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year |  |
| <b>Name of Agency, Facility, Foster Boarding Home</b>  | County  | Agency Name   |   | Type of Facility                       |
| <b>Placement Address</b>   | No. Street  | Floor/Apt./Suite  | City  | State      Zip                         |
| <b>Subsidy Information</b>   | Is an adoption subsidy received on behalf of the child?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |   | Does the subsidy include Medicaid?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |  |
|  | Subsidy Amount and When It Is Paid  |   | \$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year  |  |
| <b>Case Manager</b>  | Name  |   | Phone Number<br>(    )                      Ext.  |  |
| <b>Application for Child Support Services</b>  | <input type="checkbox"/> I am applying for Child Support Services as the Commissioner or Designee and this is a Foster Care referral.<br>Signature of Commissioner/Designee _____<br>Date _____                               |   |   |  |