ASUME

ADMINISTRACION PARA EL SUSTENTO DE MENORES

Lcdo. Alfonso Ramos Torres
Administrador

28 de diciembre de 2007

A todo el personal

Alfonso Ramos Torres

OA 07-08: NUEVA SOLICITUD DE SERVICIOS

En el mes de septiembre de 2007 emití la Orden Administrativa *OA-07-06* para establecer que en todos aquellos casos que se presenten en la Administración para el Sustento de Menores (ASUME), deberá cumplimentarse una ***solicitud de servicios.*** Hemos creado una nueva versión de la ***solicitud de servicio*** que incluye la información sobre los servicios que presta la ASUME a las partes que cumplimenten y firmen este nuevo documento. (Véase Anejo)

Para cada caso que se soliciten los servicios será necesario llenar y firmar una ***solicitud de servicios.*** Esta solicitud podrá entregarse en cualquiera de las oficinas regionales y locales de la ASUME o en la Oficina Central de la Agencia, independientemente de que el caso no pertenezca a la misma. El/La empleado/a que reciba la solicitud tendrá la responsabilidad de incluir en el sistema PRACSES la información que más adelante se menciona y de enviar el referido documento a la oficina que corresponda.

La nueva solicitud sustituirá la existente y estará identificada como ASM-005 (versión en español) y ASM-005i (versión en inglés).

La solicitud se podrá acceder a través de la pantalla SSE (Solicitud de Servicios). El/La empleado/a deberá llenar la información requerida, escoger *Solicitud en español* o *Solicitud en inglés*, la que aplique, y oprimir F10. El/La empleado/a generará la nueva solicitud de servicios a través de *Gen Doc,* seleccionará la tercera opción, ***Imprimir documentos automático.*** Una vez realice esta acción se imprimirá el documento.

El/La empleado/a de la ASUME que reciba la solicitud de servicio tendrá que incluir en la

Pantalla INP la fecha en que recibe el documento firmado por el/la participante. También tendrá que identificar la persona que solicita el servicio. Esta información la incluirá en los campos FECHA SOLIC REC y ___PC ___PNC, respectivamente. El sistema generará un evento en la *Pantalla NCA* conforme a quién solicite los servicios. Los eventos que se generan serán RECIBO SOLICITUD DE SERVICIOS/PC, cuando es la PC quien solicita los servicios o RECIBO SOLICITUD DE SERVICIOS/PNC, cuando es la PNC quien los solicita.

Si la solicitud de servicios la firma la persona custodia el funcionario/a a cargo del caso deberá comenzar el proceso que corresponda. Si la pensión alimentaria ya está establecida por orden del Tribunal del Primera Instancia y lo que procede es el recaudo y la distribución de la pensión alimentaria, se le deberá notificar a la persona no custodia, la *Orden para realizar pagos a través de la ASUME* (ASM 531, versión en español, o ASM 531a, versión en inglés)

Si por el contrario quien solicita los servicios es la persona no custodia el sistema generará automáticamente una carta dirigida a la persona custodia del caso, en la que se indicarán los servicios que recibirá a través de la ASUME, su número de caso, número de participante y la oficina local a la que pertenece su caso. (Véase Anejo) De ser necesario el/la empleado/a a cargo del caso citará a la partes para comenzar los procesos pertinentes. Cuando se genere este documento el sistema creará el evento SOL SERVICIOS PNC/ENV CARTA PC.

Estamos confiados en que esta nueva solicitud de servicios permita y facilite los procesos que se llevan a cabo en la ASUME; cuyo único fin es el mejor bienestar de los niños y niñas que reciben nuestros servicios.

Anejos

c. Hon. Félix V. Matos Rodríguez
Secretario
Directores/as Regionales

ASUME

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACION PARA EL SUSTENTO DE MENORES

Nombre _____

Fecha: ___/_____/_____

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

Por virtud de la Ley Núm. 5 del 30 de diciembre de 1986, según enmendada, se crea la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). La ASUME ofrece los siguientes servicios:

- Localización de persona no custodia
- Establecer la paternidad de los hijos e hijas que no han sido reconocidos/as por sus padres
- Establecer la pensión alimentaria (incluyendo cubierta de seguro de salud),
- Modificar o revisar las pensiones alimentarias
- Hacer efectivas las pensiones alimentarias
- Cobrar y distribuir las cantidades depositadas por concepto de pensiones alimentarias
- Representación legal a los menores

Todos los servicios que ofrece la ASUME son gratuitos. La Persona Solicitante tiene derecho a recibir todos los servicios ofrecidos por la ASUME (Agencia IV-D) mientras el caso permanezca activo. Entre los servicios que ofrece la Agencia se incluye la representación legal del/ de la menor durante los procesos de alimentos. De usted tener abogado/a deberá indicarlo al Especialista de Pensiones Alimentarias a cargo de su caso.

Para recibir los servicios antes expuestos, es necesario que cumplimente este documento. Estos servicios se ofrecen para beneficio de los/las menores de veintiún (21) años. La Solicitud de Servicios de Sustento de Menores de una persona incapacitada legalmente debe ser llenada por su tutor/a o la persona custodia.

Toda persona que solicite los servicios de la ASUME deberá proveer su información personal y la de la otra persona indispensable en el proceso de alimentos. La información que provea debe ser exacta, según su mejor conocimiento. Se le requerirá información como nombre, número de seguro social, dirección, nombre del patrono y los documentos necesarios para llevar a cabo el proceso solicitado. Es su responsabilidad mantenernos continuamente informados acerca de cualquier cambio en la información que suministró originalmente.

Documentos requeridos:

- Fotocopia de los Certificados de Nacimiento de los/las menores y de la persona encargada de éstos; en caso de que los menores estén sin reconocer, debe acompañar el original.
- Fotocopia de las tarjetas de Seguro Social de la persona que solicita los servicios y de los/las menores.
- Sentencia de divorcio, si aplica.
- Sentencia, Resolución u Orden estableciendo la pensión alimentaria, si aplica.
- Fotografía de la persona a localizar.

Confidencialidad:

La información que utilice la ASUME es confidencial según lo establece la sección 303.21 del Código de Regulación Federal. Toda la información que solicita la ASUME es necesaria para cumplir con el propósito de atender su solicitud, según los procedimientos y regulaciones, federales como locales. Suministrar la información solicitada es mandatorio. No proveer información indispensable puede resultar en el cierre del caso.

La Ley federal 42 USC § 405 (c) dispone que es obligatorio que usted nos provea su número de seguro social. Este número será utilizado por la ASUME y otras agencias para identificarle y localizarle con el propósito de establecer paternidad, y establecer, modificar y hacer cumplir órdenes de alimentos y sustento médico. Además, se nos faculta a solicitar su número de seguro social cuando nos llame o visite para identificar su caso. También, la ley nos autoriza a solicitar su número de seguro social en formularios utilizados durante el trámite de nuestros servicios.

Nombre: _____

Fecha: ___/ _____/_____

Cualquier información que se adquiera durante el desempeño de nuestros deberes oficiales se mantendrá de forma confidencial. La información adquirida sólo se utilizará para fines oficiales de la ASUME y del Departamento de la Familia. Sólo se podrá relevar información a las personas autorizadas por ley.

Violencia Doméstica

Si usted tiene alguna preocupación por su seguridad o la de sus hijos debe informarle al/la funcionario que trabaja su caso su inquietud. En estas circunstancias el/la trabajador del caso identificará el mismo para tomar medidas cautelares.

Terminación de Servicios:

La persona solicitante podría terminar los servicios mediante la notificación por escrito en la Oficina Local donde está asignado el caso. La ASUME podría terminar los servicios conforme a lo establecido en la Ley Orgánica y a tenor con 45 CRF 303.11.

Recobro en casos de pagos erróneos:

___Si autorizo ____ No autorizo: a que se recobre cualquier pago que reciba erróneamente de los próximos pagos de pensión corriente. **El hecho de que usted no autorice o autorice este recobro no afecta su solicitud de servicios.**

- Debe llenar una Solicitud de Servicios por cada núcleo familiar o caso.

I- Información Personal de la Persona Solicitante ☐ Persona Custodia ☐ Persona No Custodia							
Nombre y apellidos _____ Paterno _____ Materno _____ Nombre	Número de Seguro Social _____-_____-_____					Fecha de nacimiento _____ Día _____ Mes _____ Año	
Dirección Postal ☐ Actual ☐ Última conocida	Dirección Residencial ☐ Actual ☐ Última conocida					Lugar de nacimiento Edad	Sexo ☐ F ☐ M
Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo					Teléfono Celular	
Descripción física	Peso	Estatura	Color de piel	Color de cabello	Color de ojos	Raza:	Estado Civil
Número de licencia de conducir	Nombre del/la Cónyuge, si aplica					Régimen económico: ☐Sociedad legal de Bienes Gananciales ☐Capitulaciones Matrimoniales ☐Otro: Explique_____	
Posee vehículo de motor ☐ Si ☐ No Indique marca: _____	Año	Número de tablilla					
Nombre del Patrono: ☐ Actual ☐ Último conocido	Dirección del Patrono:					Teléfono del Patrono: Patrono provee cubierta de seguro médico ☐ Si ☐ No	
Ha recibido Asistencia Económica (AE): ☐ Si ☐ No	Si contestó en la afirmativa, indique el mes y año del último cheque: _____ Mes _____ Año					Ha recibido Medicaid ☐ Si ☐ No Si contesta en la afirmativo, indique la fecha del último cheque: _____ Mes _____ Año	
Indique el Núm. de caso en AE: _____	Indique la oficina que tiene a cargo su caso de AE: _____						
II- Información de los Menores							

Nombre: _____

Fecha: ____/ _____/_____

Menor 1

Nombre y apellidos	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico
Paterno / Materno / Nombre	___-___-___	Día / Mes / Año			☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)	Nombre de la compañía que provee cubierta	Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo

Menor 2

Nombre y apellidos	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico
Paterno / Materno / Nombre	___-___-___	Día / Mes / Año			☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)	Nombre de la compañía que provee cubierta	Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo

Menor 3

Nombre y apellidos	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico
Paterno / Materno / Nombre	___-___-___	Día / Mes / Año			☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)	Nombre de la compañía que provee cubierta	Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo

Menor 4

Nombre y apellidos	Núm. Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Relación con solicitante	Posee cubierta de seguro médico
Paterno / Materno / Nombre	___-___-___	Día / Mes / Año			☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado/a principal; (relación con el/la menor)	Nombre de la compañía que provee cubierta	Tipo de cubierta	Número de póliza o grupo

III- Información sobre la otra parte ☐ Persona Custodia ☐ Persona No Custodia

Nombre y apellidos	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Paterno / Materno / Nombre	___-___-___	Día / Mes / Año
Dirección Postal ☐ Actual ☐ Última conocida	Dirección Residencial ☐ Actual ☐ Última conocida	Lugar de nacimiento
		Edad / Sexo ☐ F ☐ M
Teléfono Residencial	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular

Descripción Física	Peso	Estatura	Color de piel	Color de cabello	Color de ojos	Raza:	Estado Civil:

Número de licencia de conducir:	Nombre del/la Cónyuge, si aplica	Régimen económico ☐Sociedad legal de Bienes Gananciales ☐Capitulaciones Matrimoniales ☐Otro: Explique_____
Posee vehículo de motor ☐ Sí ☐ No Indique marca:_____	Año / Número de tablilla	Marca o cicatriz que distinga a la persona (descríbala):
Nombre del Patrono: ☐ Actual ☐ Último conocido	Dirección del Patrono:	Teléfono del Patrono:
		Patrono provee cubierta de seguro médico ☐ Sí ☐ No

Nombre:_____

Fecha: ____/_____/_____

¿Se encuentra recluida/o en una Institución Penitenciaria? ☐ Si ☐ No Indique cúal: _____	
Indique si pertenece a las Fuerzas Armadas: ☐ Si ☐ No ¿Cúal? _____	Indique otra persona que pueda ofrecer información: Nombre y apellidos: _____ Parentesco: _____ Dirección Postal: _____ _____ Dirección Residencial: _____ _____ Teléfono Residencial: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

IV- Información relacionada con la pensión alimentaria, si alguna:

Existe una orden de pensión alimentaria: ☐ Si ☐ No Fecha de la Orden/Resolución/Sentencia ____ ____ ____ Día Mes Año	Indique el número de la órden: _____	Cantidad de pensión alimentaria: $_____ _____ Cantidad Frecuencia (mensual/bisemanal/semanal)
Si existe la Orden, indique quién emitió la misma: ☐ Tribunal PR ☐ Tribunal/Estado ☐ ASUME	Indique nombre y apellidos de la persona obligada a proveer la pensión alimentaria: _____	
Existe deuda de Pensión Alimentaria: ☐ Si ☐ No Indique la cantidad: $_____		

Entendimiento de los servicios:

La **ASUME** brindará todos los servicios que sean necesarios conforme a las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y del Gobierno Federal. Con su asistencia y cooperación el servicio será provisto hasta que se culmine la obligación de proveer alimentos y se cumpla con la misma. Se le advierte, que su caso puede ser cerrado por falta de cooperación o porque así una disposición legal o reglamentaria lo ordene o permita. Es necesario que cualquier cambio de dirección, teléfono o cualquier otra información nueva sea informada a la ASUME inmediatamente.

Declaración de la Persona Solicitante:

Afirmo que la información contenida en esta Solicitud de Servicios es cierta y correcta y que cualquier información falsa podría resultar en cargos por perjurio contra mi persona. Entiendo que debo cooperar con la ASUME para que mi caso sea procesado, y que mi falta de cooperación podría conllevar la terminación de mi caso. He leído y entiendo la **NOTIFICACIÓN** que antecede.

Por la presente solicito los servicios que ofrece la ASUME.

_____

Firma de la Persona Solicitante

_____

Fecha
Día / Mes /Año)

ASUME

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de la Familia
ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES

09/10/2007

RAYMOND M GUTIERREZ AYALA
TEST ADDRESS1
TEST ADDRESS2

TEST- -CITY PR 00911 4321

Num. de Caso : 0009999
Num. de participante: 0777777777

Recientemente el/la Sr/Sra. **HIDALGO FERNANDEZ ANNETTE** , persona no custodia del caso de referencia solicitó los servicios que ofrece la Administración para el Sustento de Menores (ASUME).

Nuestros servicios son:

- Localizar a la persona responsable de proveer alimentos
- Establecer la paternidad de un menor que no ha sido reconocido legalmente
- Establecer y revisar las pensiones alimentarias
- Recaudar y distribuir los pagos de pensión alimentaria
- Obligar al cumplimiento de la pensión alimentaria a través de mecanismos automatizados, como la retención de reintegros contributivos, cancelación de pasaportes y otros.

Deseamos informarle que la pensión alimentaria de los/as menores será recibida y enviada a través la ASUME. Le informamos que su número de caso es el que se encuentra en la parte superior derecha de este documento. El número debe ser utilizado como identificación única para obtener cualquier información relacionada al caso. Además se incluye su número de participante, el cual le identifica en los procesos ante la agencia. La oficina local a cargo de su caso es la que se identifica en la parte inferior de este documento. Es su responsabilidad informarnos cualquier cambio de dirección.

La ASUME tiene el compromiso de desembolsar las pensiones alimentarias en 48 horas, si contamos con toda la información necesaria para identificar adecuadamente el caso. Para agilizar este trámite adoptamos los métodos electrónicos de pago; a la tarjeta de débito UNICA o depósito directo a una cuenta personal que nos informe. Para acogerse al depósito directo con su institución bancaria será necesario que llene el formulario *Depósito Directo de Pensión*, para obtener el mismo puede accederlo a través de la página de Internet www.asume.gobierno.pr o se puede personar a cualquiera de la oficinas de la ASUME. Para más información sobre este servicio puede llamar a la línea libre de costo ASUME al Día al 1-888-711-0011.

Esperamos poder continuar beneficiando a sus hijos e hijas con nuestros servicios.

Cordialmente,

Alfonso Ramos Torres
Administrador

ASUME OFICINA LOCAL DE NATO REY, PO BOX 6969
SAN JUAN PR 00918-1234 (787)767-1500

REV. 11/07

ASUME

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de la Familia
ADMINISTRACIÓN PARA EL SUSTENTO DE MENORES

09/10/2007

RAYMOND M GUTIERREZ AYALA
TEST ADDRESS1
TEST ADDRESS2
TEST- -CITY PR 00911 4321

Num. de Caso : 0009999
Num. de participante: 0777777777

Recently, Mr./Ms **HIDALGO FERNANDEZ ANNETTE** , Non-Custodial Person of the above-mentioned case, requested services offered by the Administration for Child Support Enforcement (ASUME).

Our services are:

- Search of the person responsible for providing support
- Establishment of the paternity of a minor that has not been legally recognized
- Establishment and review of child support orders
- Collection and distribution of the child support payments
- Enforcement of the compliance with the child support through automated mechanisms such as the garnishment of tax refunds, denial of passports and others.

We wish to inform you that the child support for the minors shall be received and sent through ASUME. Your case number is the number appearing in the upper right section of this document. This number must be used as the only identification to obtain any information related to the case. In addition, the participant number is also included. This number identifies you in the proceedings in the agency. The local office processing your case is the one identified in the bottom margin of this document. It is your responsibility to notify us any change of address.

ASUME has the commitment to disburse the child support within 48 hours, if we have all information necessary to identify the case correctly. To expedite this proceeding, we have adopted electronic payment methods; to the UNICA debit card or direct deposit to the personal account reported to us. To opt for the direct deposit in your bank, it is necessary that you complete *Direct Deposit of Child Support Form*. You can obtain this form by accessing the website www.asume.gobierno.pr or you can go in person to any ASUME office. For more information about this service, please call our toll-free customer service line, ASUME al Día, 1-888-711-0011.

We hope to continue helping your children with our services.

Cordially,

Alfonso Ramos Torres
Administrator

ASUME OFICINA LOCAL DE HATO REY, PO BOX 6969
SAN JUAN PR 00918-1234 (787)767-1500

REV. 11/07