

Solicitud de servicios de manutención de menores

¡Bienvenido al programa de manutención de menores de Minnesota! La manutención de menores es el dinero que uno de los padres le da al otro padre del niño o cuidador para mantener a su hijo. Antes de completar esta solicitud, lea el manual Entendiendo la Manutención de Menores (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3393-SPA>) para informarse mejor acerca del programa.

FOR OFFICE USE ONLY	
REQUESTED	SENT
RETURNED	

Proporcione tanta información como sea posible, incluido un número de teléfono durante el día para ayudarnos a servirlo mejor. El programa de manutención de menores usará esta información para ayudarlo a cobrar o pagar la manutención. Complete una solicitud por separado para cada progenitor con quien tenga un hijo.

Los servicios de manutención de menores incluyen:

- Ubicar a los padres
- Establecer la paternidad y las órdenes judiciales para la manutención de menores
- Hacer cumplir las órdenes de manutención de menores
- Procesar los pagos realizados por un progenitor y enviárselos al otro progenitor
- Revisar, modificar y ajustar las órdenes de manutención de menores
- Cooperar con otros estados para establecer y hacer cumplir las órdenes de manutención de menores.

Si tiene alguna pregunta con respecto a cómo llenar esta solicitud, contacte a la agencia local de manutención de menores de su condado.

El programa de manutención de menores protegerá toda la información que nos suministre en esta solicitud. En este documento se incluye un aviso completo de nuestras prácticas de privacidad, que también está disponible en línea en <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-SPA>.

El programa de manutención de menores de Minnesota solicita información demográfica como raza, etnicidad y género para usarla en la recolección de datos y análisis de diferencias en los servicios y resultados del programa. La recolección de estos datos ayudará al programa a diseñar e implementar prácticas más efectivas, inclusivas y equitativas en todo el estado. Además, ayudará a asegurar el cumplimiento con los derechos civiles estatales y federales y las leyes contra la discriminación.

*Campo obligatorio

*El programa de manutención de menores de Minnesota toma muy en serio la seguridad de las familias que reciben los servicios de manutención de menores y podemos modificar algunos de nuestros procesos para ayudar en caso de tener inquietudes de seguridad. ¿Le preocupa que si busca establecer, modificar o hacer cumplir una orden de filiación o manutención de menores podría presentar un riesgo de daño para usted o su hijo?

☐ Sí ☐ No

Si marcó sí en la parte anterior, un trabajador de manutención de menores del condado se contactará con usted para hablar sobre su preocupación al momento de procesar esta solicitud.

1. Información del solicitante

*SU NOMBRE - APELLIDO		*PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
APELLIDO DE SOLTERA U OTRO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	
ESTADO CIVIL		GÉNERO		RAZA O ETNICIDAD	
¿En qué idioma prefiere comunicarse?		¿Necesita un intérprete? ○ Sí ○ No		*NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					
*DIRECCIÓN POSTAL - CALLE			*CIUDAD		*ESTADO *CÓDIGO POSTAL
*CONDADO		SU RELACIÓN CON EL NIÑO O NIÑOS QUE SE MENCIONA(N) EN ESTA SOLICITUD ○ Madre ○ Padre ○ Otro – Especifique: _____			
RECIBE USTED: ☐ Seguro social ☐ Seguro por desempleo ☐ Compensación al trabajador ☐ Asistencia pública ☐ Beneficios de veteranos ☐ Otro – Describa: _____					
¿Es miembro de una tribu? ○ Sí ○ No		NOMBRE DE LA TRIBU			
¿Está en servicio militar activo? ○ Sí ○ No		NOMBRE DE LA RAMA MILITAR		¿Es veterano de guerra? ○ Sí ○ No	
¿Es estudiante? ○ Sí ○ No		DÓNDE		FECHA ESPERADA DE GRADUACIÓN (MM/DD/AAAA)	

2. Información de empleo del solicitante

¿Actualmente está empleado? ☐ Sí ☐ No

EMPLEADOR ACTUAL				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)	CONDICIÓN LABORAL ☐ Activo ☐ Temporal ☐ Despedido	
INGRESO POR HORAS	HORAS POR SEMANA	NOMBRE DEL SINDICATO		NÚMERO LOCAL

¿Tiene un segundo empleador? ☐ Sí ☐ No

SEGUNDO EMPLEADOR				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)	CONDICIÓN LABORAL ☐ Activo ☐ Temporal ☐ Despedido	
INGRESO POR HORAS	HORAS POR SEMANA	NOMBRE DEL SINDICATO		NÚMERO LOCAL

Si está desempleado:

NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		

OTRAS FUENTES DE INGRESO

3. Información sobre el otro progenitor

*NOMBRE - APELLIDO		*PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
APELLIDO DE SOLTERA U OTRO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL		GÉNERO		RAZA O ETNICIDAD	
¿En qué idioma prefiere comunicarse el otro		¿El otro progenitor necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					
DIRECCIÓN POSTAL - CALLE			CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
OTRA DIRECCIÓN - CALLE			CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL
RESIDE CON		RELACIÓN DEL OTRO PROGENITOR CON EL NIÑO O NIÑOS QUE SE MENCIONA(N) EN ESTA SOLICITUD ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra (presunto padre)			
COLOR DE OJOS	COLOR DEL CABELLO	ESTATURA ____ PIES ____ PULG.	PESO	USA ANTEOJOS ☐ Sí ☐ No	SEÑAS PARTICULARES
EL OTRO PROGENITOR RECIBE:					
☐ Seguro social ☐ Seguro por desempleo ☐ Compensación al trabajador ☐ Asistencia pública ☐ Beneficios de veteranos ☐ Otro - Describa: _____					
¿Es el otro progenitor miembro de una tribu? ☐ Sí ☐ No		NOMBRE DE LA TRIBU			
¿Está el otro progenitor en servicio militar activo? ☐ Sí ☐ No		NOMBRE DE LA RAMA MILITAR		¿Es el otro progenitor veterano de guerra? ☐ Sí ☐ No	
¿Ha estado el otro progenitor en tratamiento hospitalario? ☐ Sí ☐ No		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACIÓN	
¿Ha estado encarcelado el otro progenitor? ☐ Sí ☐ No		¿DÓNDE?			
CIUDAD			ESTADO	FECHA (DESDE)	FECHA (HASTA)
¿Es estudiante el otro progenitor? ☐ Sí ☐ No		¿DÓNDE?		FECHA ESPERADA DE LA GRADUACIÓN	
ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR					
VEHÍCULO - NÚMERO DE PLACA		MARCA		MODELO	AÑO
NOMBRE DEL PADRE DEL OTRO PROGENITOR		DIRECCIÓN			
NOMBRE DE LA MADRE DEL OTRO PROGENITOR		DIRECCIÓN			

4. Información de empleo del otro progenitor

¿Está el otro progenitor actualmente empleado? ☐ Sí ☐ No

EMPLEADOR ACTUAL				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)	CONDICIÓN LABORAL ☐ Activo ☐ Temporal ☐ Despedido	
INGRESO POR HORAS	HORAS POR SEMANA	NOMBRE DEL SINDICATO		NÚMERO LOCAL

¿Tiene el otro progenitor un segundo empleador? ☐ Sí ☐ No

SEGUNDO EMPLEADOR				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)	CONDICIÓN LABORAL ☐ Activo ☐ Temporal ☐ Despedido	
INGRESO POR HORAS	HORAS POR SEMANA	NOMBRE DEL SINDICATO		NÚMERO LOCAL

Si está desempleado:

NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR				
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL EMPLEADOR	OCUPACIÓN			
FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		

OTRAS FUENTES DE INGRESO

5. Niños menores

Proporcione información acerca del niño o niños menores que viven con usted cuyo progenitor ha señalado en la sección tres. **Si no ha establecido la filiación de su hijo o hijos, la agencia de manutención de menores le pedirá que proporcione más información para ayudar a establecer la filiación.**

Niño menor 1

*NOMBRE - APELLIDO		*PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
*FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		LUGAR DE NACIMIENTO (CONDADO O ESTADO)	
RELACIÓN LEGAL DEL NIÑO CON EL OTRO PROGENITOR ☐ Establecida por una orden judicial ☐ Legalmente adoptado ☐ Progenitor casado al nacer el niño ☐ No establecida ☐ Reconocimiento de filiación ☐ Reconocimiento de paternidad en otro estado					
¿Recibe el niño beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No			¿Recibe el niño beneficios de veteranos de guerra? ☐ Sí ☐ No		

Niño menor 2

NOMBRE - APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		LUGAR DE NACIMIENTO (CONDADO O ESTADO)	
RELACIÓN LEGAL DEL NIÑO CON EL OTRO PROGENITOR ☐ Establecida por una orden judicial ☐ Legalmente adoptado ☐ Progenitor casado al nacer el niño ☐ No establecida ☐ Reconocimiento de filiación ☐ Reconocimiento de paternidad en otro estado					
¿Recibe el niño beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No			¿Recibe el niño beneficios de veteranos de guerra? ☐ Sí ☐ No		

Niño menor 3

NOMBRE - APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		LUGAR DE NACIMIENTO (CONDADO O ESTADO)	
RELACIÓN LEGAL DEL NIÑO CON EL OTRO PROGENITOR ☐ Establecida por una orden judicial ☐ Legalmente adoptado ☐ Progenitor casado al nacer el niño ☐ No establecida ☐ Reconocimiento de filiación ☐ Reconocimiento de paternidad en otro estado					
¿Recibe el niño beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No			¿Recibe el niño beneficios de veteranos de guerra? ☐ Sí ☐ No		

Niño menor 4

NOMBRE - APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		LUGAR DE NACIMIENTO (CONDADO O ESTADO)	
RELACIÓN LEGAL DEL NIÑO CON EL OTRO PROGENITOR ☐ Establecida por una orden judicial ☐ Legalmente adoptado ☐ Progenitor casado al nacer el niño ☐ No establecida ☐ Reconocimiento de filiación ☐ Reconocimiento de paternidad en otro estado					
¿Recibe el niño beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No			¿Recibe el niño beneficios de veteranos de guerra? ☐ Sí ☐ No		

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

DE RESPONDER SÍ, ¿CUÁL ES LA FECHA ESPERADA DE NACIMIENTO? (MM/DD/AAAA)	¿Es el progenitor señalado en la sección tres de esta solicitud el padre biológico del niño que está por nacer? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
---	--

¿Tiene un niño o niños menores cuyo progenitor no haya sido señalado en esta solicitud? ☐ Sí ☐ No

De responder Sí, proporcione información acerca del niño o niños cuyo progenitor no está señalado en la sección tres.

Otro niño menor 1

NOMBRE - APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	¿Vive este niño con usted? ☐ Sí ☐ No
¿Paga usted manutención por este niño? ☐ Sí ☐ No	En caso de que pague manutención de menores, ¿qué monto paga mensualmente?	

Otro niño menor 2

NOMBRE - APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	GÉNERO	¿Vive este niño con usted? ☐ Sí ☐ No
¿Paga usted manutención por este niño? ☐ Sí ☐ No	En caso de que pague manutención de menores, ¿qué monto paga mensualmente?	

6. Información de cobertura de salud del niño o niños

¿Tiene cobertura de salud para su hijo o hijos?

☐ Sí, disponible, pero no activa ☐ Sí, activa ☐ No, no está disponible

TIPO DE SEGURO DE SALUD DEL NIÑO O NIÑOS ☐ Seguro médico subvencionado por el empleador ☐ Seguro médico privado ☐ Seguro médico público

¿Tiene el otro progenitor cobertura de salud para su hijo o hijos?

☐ Sí, disponible, pero no activa ☐ Sí, activa ☐ No, no está disponible

TIPO DE SEGURO DE SALUD DEL OTRO PROGENITOR PARA EL NIÑO O NIÑOS ☐ Seguro médico subvencionado por el empleador ☐ Seguro médico privado ☐ Seguro médico público

¿Está obligado por orden del tribunal uno de los dos progenitores a proporcionar:

Cobertura de salud para el niño o niños? ☐ Sí ☐ No

Cobertura dental para el niño o niños? ☐ Sí ☐ No

7. Manutención de menores

¿Tiene gastos de cuidado de menores? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe un subsidio del Programa de Asistencia para Cuidado de Niños? ☐ Sí ☐ No

Llene los campos siguientes para cada menor que tiene gastos de cuidado.

Nombre del niño	Gastos totales mensuales para cuidado del niño (incluya el monto subsidiado, si aplica)

8. Relación del solicitante con el otro progenitor

¿Cuál es su relación con el otro progenitor? (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Otro – describa: _____

FECHA (MM/DD/AAAA)	CONDADO	ESTADO	PAÍS
--------------------	---------	--------	------

9. Orden de tribunal e información legal (marque todas las opciones que correspondan)

Tipo de orden	Condado	Estado	Fecha (MM/DD/AAAA)
☐ Separación			
☐ Divorcio			
☐ Orden de custodia y régimen de visitas			
☐ Paternidad			
☐ Reconocimiento de filiación firmado			
☐ Manutención de menores			
☐ Orden de protección [como por ejemplo, orden contra la violencia doméstica (DAB); orden de protección (OFP), orden contra la violencia doméstica sin contacto (DANCO); orden de restricción por acoso (HRO)].			
☐ Ajuste por Costo de Vida (COLA)			
☐ Resultados de la prueba genética			
☐ Sin orden			

10. Información para el pago de la manutención

¿Ha realizado pagos de manutención el otro progenitor? ☐ Sí ☐ No

11. Otra información

Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudar a la agencia de manutención de menores a procesar su solicitud.

Certificaciones y firmas

Al firmar mi nombre abajo, me estoy inscribiendo en los servicios completos de manutención de menores del programa de manutención de menores de Minnesota, disponible bajo el Título IV-D de la Ley del Seguro Social. Al enviar esta solicitud, entiendo:

- Los servicios que tengo a mi disposición y mis responsabilidades
- Que autorizo al programa de manutención de menores de Minnesota a emprender cualquier acción legal relativa a la manutención de menores en nombre del niño o niños para quienes estoy haciendo la solicitud
- Que es potestad del programa de manutención de menores de Minnesota determinar la acción adecuada que se debe emprender para establecer, hacer cumplir y modificar la orden de manutención de mi hijo.
- Que debo cooperar con el programa de manutención de menores de Minnesota para recibir servicios, los cuales pueden incluir:
 - proporcionar información por escrito o verbalmente
 - participar en pruebas genéticas para establecer la paternidad
 - presentarme como testigo en las audiencias del tribunal necesarias para conseguir los servicios solicitados de manutención de menores, y
 - notificar a la agencia de manutención de menores de cualquier cambio en las circunstancias que podría afectar mi caso de manutención de menores
- Que si no coopero, mi caso podría ser cerrado
- Que la oficina del fiscal del condado únicamente representa al condado y al Estado de Minnesota y no me representa a mí, ni tampoco representa al otro progenitor, al niño o los niños u otros custodios del niño o niños
- Que tengo derecho a mi propio abogado y puedo contratar los servicios de uno en cualquier momento
- Que el programa de manutención de menores puede verificar la información que yo suministre en esta solicitud a través de fuentes autorizadas por la ley, contactar al otro progenitor para obtener información adicional y utilizar toda la información obtenida para determinar la acción que se debe tomar
- Que el Centro de Pago de Manutención de Menores de Minnesota recibirá y distribuirá todos los pagos de manutención de menores. Si soy un progenitor que recibe manutención de menores, autorizo al Centro a actuar en mi nombre, para endosar y cobrar cualquier letra, cheque, giros postales u otros instrumentos negociables recibidos por la autoridad pública

- Que si deseo cerrar mi caso de manutención de menores, debe manifestarlo verbalmente o por escrito a la agencia de manutención de menores de mi condado. La agencia de manutención de menores solo puede detener los servicios de manutención de menores si mi hijo o hijos no reciben asistencia pública. Si cierro mi caso, la agencia de manutención de menores puede continuar cobrando cualquier monto que se adeude al estado o condado debido a la recepción de asistencia pública
- Que estoy obligado a reintegrar cualquier monto de manutención de menores que reciba por error del programa de manutención de menores de Minnesota
- Juro (o afirmo) bajo pena de perjurio que he leído toda esta solicitud y que toda la información suministrada por mí es cierta
- He recibido y revisado el manual "Entendiendo la Manutención de menores" y acepto los términos y limitaciones ahí expresados (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3393-SPA>)
- He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-SPA>)

*FIRMA DEL SOLICITANTE

*FECHA (MM/DD/AAAA)



Para obtener esta información en formatos accesibles, consulte a su trabajador del condado. Para obtener asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, comuníquese con el coordinador de la ley ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de su condado. ADA4 (2-18)

Aviso de Derechos Civiles

La discriminación es contra la ley. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS – Department of Human Services) no discrimina sobre la base de cualesquiera de las siguientes:

- raza
- credo
- condición de asistencia pública
- discapacidad
- color
- religión
- estado civil
- sexo
- origen nacional
- orientación sexual
- edad

Quejas de Derechos Civiles

Usted tiene el derecho de presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos.

Comuníquese directamente con el **DHS** sólo si tiene una queja por discriminación:

(Coordinador de Derechos Civiles)
 (Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
 (División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)
 Civil Rights Coordinator
 Minnesota Department of Human Services
 Equal Opportunity and Access Division
 P.O. Box 64997
 St. Paul, MN 55164-0997
 651-431-3040 (voz) o use el servicio de retransmisión de su preferencia

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR - Minnesota Department of Human Rights)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si considera que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- sexo
- color
- orientación sexual
- origen nacional
- estado civil
- religión
- condición de asistencia pública
- credo
- discapacidad

Comuníquese con el **MDHR** directamente para presentar una queja:

(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)
 Minnesota Department of Human Rights
 540 Fairview Avenue North, Suite 201
 St. Paul, MN 55104
 651-539-1100 (voz)
 1-800-657-3704 (número gratuito)
 711 o 1-800-627-3529 (MN Relay)
 651-296-9042 (fax)
 Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights - OCR)

Usted tiene el derecho de presentar una queja ante el OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- edad
- religión
- color
- discapacidad
- origen nacional
- sexo

Comuníquese con el **OCR** directamente para presentar una queja:

(Oficina para Derechos Civiles)
 (Departamento de Servicios de Salud y Humanos de EE. UU.)
 (Región Oeste Medio)
 Office for Civil Rights
 U.S. Department of Health and Human Services
 Midwest Region
 233 N. Michigan Avenue, Suite 240
 Chicago, IL 60601
 Centro de Atención al Cliente:
 Llame gratis: 1-800-368-1019
 TDD gratis: 1-800-537-7697
 Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Notificación de Prácticas de la Privacidad

(Fecha de vigencia: noviembre de 2016)

Esta notificación describe cómo la información privada acerca de usted puede usarse y revelarse y cómo usted puede obtener esta información. Por favor examínela atentamente.

¿Por qué pedimos esta información?

- A fin de determinar si podemos ayudarlo y cómo hacerlo, recogemos información:
 - Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar
 - Para decidir para qué servicios califica
 - Para ayudarlo a obtener servicios médicos, de salud mental, financieros o sociales, y decidir si usted puede pagar algunos servicios
 - Para decidir si usted o su familia necesita servicios de protección
 - Para decidir si usted o sus hijos necesitan cuidado fuera del hogar o en el hogar
 - Para investigar la exactitud de la información en su solicitud
- Después de que comencemos a prestarle servicios o apoyo, es posible que recojamos información adicional:
 - Para preparar informes, llevar a cabo investigaciones, realizar auditorías y evaluar nuestros programas
 - Para investigar informes de personas que pueden mentir sobre la ayuda que necesitan
 - Para cobrar dinero de otras agencias, como compañías de seguros, si estas deben pagar por su cuidado
 - Para cobrar dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le brindemos a usted
 - Cuando cambian las circunstancias suyas o de su familia, y usted tiene la obligación de informar el cambio (consulte los Derechos y Responsabilidades del Cliente – DHS-4163)

¿Por qué le pedimos su número de Social Security (Seguro Social)?

Necesitamos su número de Seguro Social para proporcionarle asistencia médica, algunos tipos de asistencia financiera o servicios de cumplimiento de manutención de menores (42 CFR 435.910 [2006]; Minn. Stat. 256D.03, subd.3(h); Minn. Stat. 256L.04, subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). También necesitamos su número de Número de Seguro Social para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de Número de Seguro Social se usa para comparar datos por computadora con agencias colaborativas, no lucrativas y privadas a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que puedan afectar su elegibilidad y/o sus beneficios.

Usted no tiene que darnos el número de Seguro Social:

- De las personas en su casa que no están solicitando cobertura
- Si tiene objeciones religiosas
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos y sólo está solicitando Emergency Medical Assistance (Asistencia Médica de Emergencia)
- Si usted es de otro país, está en los Estados Unidos temporalmente y no tiene permiso de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services) para residir en los Estados Unidos permanentemente.
- Si vive en los Estados Unidos sin el conocimiento o la aprobación de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarlo. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Sólo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, colaborativas, no lucrativas y privadas
- Investigadores, auditores, analistas y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre la calidad del cuidado de la salud, o inician enjuiciamientos o acciones legales con respecto a la administración de los programas de servicios humanos
- Funcionarios judiciales, fiscal del condado, fiscal general, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención de menores, e investigadores de protección de menores y de fraude
- Oficinas de servicios humanos, incluyendo las oficinas para cumplimiento de manutención de menores

- Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Proveedores de cuidado de salud, incluyendo agencias de salud mental e instalaciones de tratamiento para drogas y alcohol
- Compañías de seguros de cuidado de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que pagan por su cuidado
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación
- Pesquisadores e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobros si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios
- Cualquier otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos acerca de usted?

- Usted y las personas a quienes ha dado permiso pueden ver y copiar la información médica u otra información privada que tenemos acerca de usted. Es posible que usted tenga que pagar las copias.
- Usted puede cuestionar si la información que tenemos acerca de usted es correcta. Deberá enviar sus preocupaciones por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o incompleta. Envíe su propia explicación de la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación cada vez que su información se comparta con otra agencia.
- Usted tiene el derecho de pedirnos por escrito que compartamos la información médica con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podría pedirnos que enviemos la información médica a su dirección de trabajo en vez de a su dirección de la casa. Si consideramos que su solicitud es razonable, la otorgaremos.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no se nos requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud.
- Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.

- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad debido a cambios en las leyes de privacidad. Colocaremos los cambios a nuestras reglas de privacidad en nuestro sitio web en: <http://edocs.dhs.state.mn.us/lfservlet/Public/DHS-3979-ENG>

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted es menor de 18 años de edad cuando no se requiere el consentimiento de los padres para tratamiento médico, la información no se mostrará a los padres a menos que el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Usted debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo de que compartir la información no es para su provecho, la información no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad han sido violados?

Si usted cree que el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a la siguiente dirección:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
(Atención: Funcionario de Privacidad)
Minnesota Department of Human Services
Attn: Privacy Official
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998