

**TANF, FS y Medicaid familiar  
Carta de manutención  
infantil y cobertura médica**

División de servicios para la  
familia y los niños

Número de caso:

Núm. de identificación del trabajador:

Número de

teléfono:

Número de fax:

Fecha:

Nombre y dirección:

Estimado(a):

Esta carta es para informarle que \_\_\_\_\_ ha solicitado o está recibiendo:

Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)       Cupones de alimentos       Asistencia médica

Para:

Según las leyes de Georgia y el reglamento Federal, una persona que recibe beneficios de TANF debe dar al estado el derecho a la manutención infantil que un padre ausente pueda adeudar. Asimismo, cuando su hijo recibe TANF, esto significa que usted podría tener la obligación de reembolsar al estado todo o parte del beneficio de TANF que haya recibido.

Según las leyes de Georgia y el reglamento Federal, una persona que recibe Medicaid debe dar nuestro departamento el derecho a la manutención médica que un padre ausente pueda adeudar. Si su hijo recibe Medicaid, es posible que usted necesite obtener un seguro médico para cubrir a su hijo.

Usted puede tener otra información que posiblemente crea que le afecte la elegibilidad de su hijo. Es posible que desee demostrar que está haciendo pagos de manutención de menores o proporcionando seguro médico. Por favor responda llenando la parte posterior de este formulario. Devuelva este formulario en no más de diez días. Asegúrese de incluir su dirección postal y su número de teléfono, de tal forma podremos comunicarnos con usted para concertar una reunión si es necesario.

Todos los casos aprobados para TANF y/o Medicaid son referidos a la División de servicios de manutención infantil para la recaudación de pagos de manutención infantil y/o cobertura de seguro médico. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al número telefónico incluido en el encabezamiento de este formulario.

1. ¿Es el niño o niños referidos en el anverso de este formulario su hijo o hijos?  Sí  No
2. ¿Usted le da dinero a o para alguna de las personas referidas en el anverso de este formulario?  Sí  No

Si es así, por favor demuestre cuánto pagó, la fecha del pago, y a quién se le pagó el dinero en los meses siguientes: (si usted tiene recibos, cheques cancelados, etc., por favor adjúntelos y le serán devueltos)

Mes	Cantidad pagada	Fecha(s) de pago	¿Pagado a quién?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. ¿Este dinero fue ordenado por un Tribunal?  Sí  No
- Si es así ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_ ¿con qué frecuencia?

4. ¿Tiene seguro para alguna de las personas enumeradas en el anverso de este formulario? (No se requiere para solicitud de cupones de alimentos)  Sí  No

Si es así, por favor proporción esta información:

Persona (s) con cobertura

Nombre de la empresa

Número de la póliza(s)

Tipo de seguro:

Salud  Vida

5. ¿Vive en la casa con alguna de las personas enumeradas en el anverso de este formulario?  Sí  No

Si es así, indique el o los nombres

\_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo vive en algún lugar que no sea con la persona que indicada en el anverso del formulario? Si es así ¿dónde vive?  Yes  No

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR:**

La información que se proporciona en este formulario es a mi entender verdadera y correcta. Refleja mi contribución total. Si se descubre que alguna parte de esta información ha sido intencionalmente falseada, yo puedo ser sujeto de un proceso penal por dar información falsa a propósito. (Véase Ley de Georgia Sección 49-4-15 para obtener la referencia completa). Entiendo el significado de este párrafo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que llenó este formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección:

Número telefónico de la casa:

Número telefónico del

trabajo: Empleador actual:

Dirección del empleador: