



Cesión de Apoyo

Cooperación con la División de Cumplimiento de Manutención de Niños del Departamento de Rentas (DOR) de Massachusetts Reclamación de Justificación Adecuada

Existen dos condiciones de manutención de niños para calificar para ambos fondos estatales o federales Ayuda Transicional a Familias con Niños Dependientes (TAFDC) y MassHealth. Estas condiciones son:

1. Se requiere que usted ceda sus derechos de apoyo financiero, y sus derechos de apoyo médico (apoyo para cónyuge y/o niño), al Departamento de Asistencia Transicional (DTA) de Massachusetts. Además de esta asignación, si usted recibe fondos del Estado TAFDC, usted también está requerida a dirigir a Departamento de Rentas (DOR) a enviar cualquier pago de apoyo que DOR recoge para el Estado de Massachusetts.
2. Se requiere que usted coopere con DTA y la División de Cumplimiento de Manutención de Niños del Departamento de Rentas (DOR) de Massachusetts para obtener apoyo para usted y/o su(s) niño(s).

Cesión de los Derechos de Apoyo financiero y Médico

Si usted es un solicitante o u cliente de fondos federales o estatales TAFDC:

- La cesión de derechos de apoyo financiero significa que usted debe dar al Estado todo el dinero que reciba para usted y/o su(s) niño(s) por apoyo actual y/o atrasos que acumulan mientras que usted recibe TAFDC.
- El Departamento de Rentas (DOR) de Massachusetts tiene el derecho de recoger el dinero de apoyo directamente del padre no custodial o pagador. Si usted recibe el apoyo y no lo da a DTA o DOR usted puede ser descalificado para obtener fondos federales o estatales TAFDC investigado por fraude y procesado criminalmente. Los atrasos de manutención que cobre DOR, serán utilizados para pagar la asistencia que DTA le ha concedido a usted y su niño(s). La cantidad guardada por el Estado no será más que la cantidad de ayuda entregada a usted y su(s) niño(s).
- Cuando usted cede sus derechos de apoyo médico al Estado, está cediendo sus derechos solamente a pagos de terceros por seguro médico. Ceder sus derechos a pagos médicos de terceros significa que usted otorga a DTA el derecho de asegurar que toda compañía de seguros que lo cubra a usted, a un miembro de su caso de TAFDC/unidad de asistencia o a un niño nacido después de la fecha límite de la familia, pagará su parte de sus cuentas médicas.

Cooperación con la División de Cumplimiento de Manutención de Niños de DOR

Si usted es un solicitante o un cliente de fondos federales o estatales TAFDC cooperación con la División de hacer cumplir con la manutención de los hijos (DOR) significa que usted debe cooperar en establecer paternidad y obtener ayuda financiera del padre(s)/esposo(s) para usted mismo y/o todo los hijos para quién usted desea TAFDC. Si usted está solicitando MassHealth, significa que debe cooperar para obtener apoyo médico y pagos de terceros para cuidado médico.

Si usted cree que tiene Justificación Adecuada para no cooperar porque la cooperación con DOR iría en contra de los mejores intereses de usted o su niño, entonces debe leer la Sección III en el reverso de este formulario.

Su cooperación con DOR es importante para usted y su niño(s) porque puede:

- ayudar a localizar al padre sin custodia
- permitir que el niño(s) conozca la identidad de su padre o madre
- ayudarle a obtener futuros beneficios de seguro social, de veteranos, o de otra pensión para su niño(s)
- permitirle ser independiente
- proporcionar una fuente adicional para pago de los gastos médicos de su familia
- permitirle recibir hasta los primeros \$50 al mes de dinero de manutención cobrado además de TAFDC
- ayudarle a recibir más dinero de pagos de manutención que de TAFDC. Si esto sucede, su caso de TAFDC se cerrará.

Esta cooperación significa que usted debe ayudar a DOR a:

- establecer la paternidad
- identificar al padre(s) sin custodia
- proporcionar información sobre el padre(s) sin custodia
- presentarse como testigo en audiencias judiciales u otros procedimientos
- realizar otras actividades necesarias para recibir esta manutención.

Cooperar con DTA significa que usted debe cooperar para obtener pagos e informar a DTA sobre toda reclamación a una compañía de seguros de terceros responsable del pago de sus cuentas médicas, las de los miembros de su caso de TAFDC/unidad de asistencia o las de un niño nacido después de la fecha límite de la familia.

La información en el reverso le informa cómo llenar el formulario T-A34/36 adjunto.

Sección I

Como condición de la elegibilidad para fondos federales o estatales TAFDC de y MassHealth, usted debe asignar sus derechos de ayuda financiera, y/o ayuda médica a Estado e Massachusetts. Al firmar la primera sección de este formulario (T-A34/36), usted está cediendo sus derechos de apoyo financiero y/o médico al Estado, y si usted recibe fondos del Estado TAFDC Ayuda Transicional a Familias con Niños Dependientes, usted también está requerido a dirigir a Departamento de Rentas (DOR) de Massachusetts a enviar cualquier pago de apoyo que DOR recoge para el Estado de Massachusetts.

Si el dinero cobrado por DOR es más que los beneficios que DTA le proporciona o le proporcionó a usted, se le pagará el exceso a usted y es posible que DTA cierre su caso.

Si usted es el padre custodial y no firma esta sección, usted y su hijo(s) no serán elegibles para fondos estatales o federales TAFDC.

Sección II

Al firmar esta sección del formulario T-A34/36, usted está afirmando que accede a cooperar con DTA y la División de Cumplimiento de Manutención de Niños (DOR) para obtener apoyo financiero y/o médico para usted y/o su(s) niño(s).

Si usted no firma esta sección y no tiene Justificación Adecuada, no calificará para recibir fondos estatales o federales TAFDC. Su(s) niño(s), si califica, recibirá asistencia directa de los proveedores de pago de DTA. Su(s) niño(s) también recibirá MassHealth.

Sección III

Justificación Adecuada es un término legal que significa que su cooperación con los esfuerzos para obtener manutención para el niño irían en contra de los mejores intereses de usted o su(s) niño(s) por cualquiera de las siguientes razones: su cooperación puede resultar en daño físico o emocional para usted o su(s) niño(s); su(s) niño(s) fue concebido como resultado de incesto o violación; o usted está en proceso de dar a su(s) hijo(s) en adopción. Si usted cree que tiene Justificación Adecuada para no cooperar con DTA o DOR, puede realizar una reclamación de Justificación Adecuada.

Sírvase ver el reverso del formulario (T-A34/36) adjunto para obtener una lista de los documentos que puede necesitar para comprobar su reclamación y los pasos que puede tomar si DTA aprueba o si no aprueba su reclamación.

Antes de que llene la sección de Justificación Adecuada de este formulario (T-A34/36), hable con su administrador del caso sobre todos los documentos que usted pueda tener que comprueben su reclamación de que cooperar iría en contra de los mejores intereses de usted o su hijo.

Usted puede pedirle a su administrador del caso que le ayude a obtener la evidencia necesaria para comprobar su reclamación de Justificación Adecuada.

Si usted no puede comprobar su reclamación de Justificación Adecuada y no coopera con DTA y DOR para obtener apoyo para usted y/o su(s) niño(s), usted no calificará para recibir fondos estatales o federales TAFDC o MassHealth. Su(s) niño(s), si califica, recibirá asistencia directa de los proveedores de pago de DTA. Su(s) niño(s) también recibirá MassHealth.

Si usted desea realizar una reclamación de Justificación Adecuada, llene la Sección III de este formulario (T-A34/36) escribiendo el número de la razón que identifica mejor su reclamación.



Cesión de Derechos de Apoyo, Cooperación para obtener Manutención de Niños, o Reclamación de Justificación Adecuada

Nombre del Caso

Número de Seguro Social del caso

Nombre del padre con custodia

Número de Seguro Social del padre con custodia

Oficina de Asistencia Transicional

Página _____ de _____

Sección I: Cesión de Derechos para TAFDC and MassHealth

Entiendo que al firmar a continuación estoy asignando (cediendo) al Commonwealth de Massachusetts los derechos de sustento que están a mi nombre o de las personas para quienes puedo legalmente asignar dichos derechos. Si recibo fondos estatales o federales TAFDC, yo entiendo que firmando abajo, yo también estoy dirigiendo el Departamento de Rentas (DOR) de Massachusetts a enviar cualquier pago de apoyo que DOR recoge para el Estado.

Firma del padre con custodia

Fecha

Sección II: Cooperación para obtener Manutención de Niños

Alerta: Historia de violencia domestica

Entiendo que debo cooperar con los esfuerzos para establecer y cobrar manutención del niño y apoyo médico, incluyendo el establecimiento de paternidad is es necesario.

Firma del padre con custodia

Fecha

Nombre del padre sin custodia

Nombre del padre sin custodia

Nombre del padre sin custodia

Sección III: Reclamación de Justificación Adecuada

Creo que tengo una buena causa para no cooperar con la División de implementación del sustento infantil del Departamento de rentas (DOR, por sus siglas en inglés) de Massachusetts; por lo tanto, deseo invocar una Buena Causa para rehusarme a cooperar debido a que:

1. El niño fue concebido como resultado de incesto o violación.
2. Los trámites legales para la adopción de mi niño están pendientes ante un tribunal.
3. Una agencia social certificada de carácter público o privado le está ayudando a decidir el asunto de la adopción.
4. La cooperación haría que yo o mi niño corriera el riesgo de sufrir daño físico o emocional, o que fueran víctimas de violencia doméstica.

Creo que el número _____ describe de mejor forma mi situación.

Necesito ayuda para obtener la prueba requerida de mi reclamación.

Nombre del niño(s)

Nombre del padre sin custodia

Creo que el número _____ describe de mejor forma mi situación.

Necesito ayuda para obtener la prueba requerida de mi reclamación.

Nombre del niño(s)

Nombre del padre sin custodia

Firma del padre con custodia

Firma del Administrador del caso

Fecha

Reclamación de Justificación Adecuada

Razón para reclamar Justificación Adecuada

Para probarlo, traiga

DTA

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

- | | |
|--|--|
| 1. El niño fue concebido como resultado de incesto o violación forzada. | 1. Certificado de nacimiento, o informes médicos o de la policía que comprueben mi reclamación. |
| 2. Los procedimientos legales para la adopción de mi niño están pendientes ante un tribunal. | 2. Documentos judiciales que comprueben mi reclamación. |
| 3. Una agencia social pública o privada con licencia le está ayudando a decidir el asunto de adopción. | 3. Declaración escrita de oficiales de la agencia social que indique que su asistencia no ha durado más de tres meses. |
| 4. Cooperar lo pondría a yo o mi niño en riesgo de daño físico o emocional, o de violencia doméstica. | 4. Registros judiciales, médicos, de servicio social, psicológicos o de policía que comprueben mi reclamación. |
| | 5. Si ninguno de los documentos anteriormente mencionados está disponible o si no es decisivo, es aceptable una declaración jurada del padre con custodia y otra persona conocimiento de las circunstancias. |

Si el Departamento de Asistencia Transicional decide que usted tiene Justificación Adecuada, usted no tiene que cooperar con la División de Cumplimiento de Manutención de Niños (DOR) para recibir asistencia y no se realizarán esfuerzos para obtener manutención para el niño.

El Departamento de Asistencia Transicional puede decidir que, aunque usted tenga Justificación Adecuada, los esfuerzos para obtener manutención pueden proceder sin su cooperación y sin riesgo de daño para usted o sus niños. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede retirar su solicitud de asistencia o terminar su caso en un plazo de 14 días después de recibir aviso de la decisión.

El Departamento de Asistencia Transicional puede decidir que usted no tiene Justificación Adecuada para no cooperar. Usted debe cooperar o no recibirá asistencia. Sus niños recibirán asistencia por medio de los pagos de los proveedores y sus niños recibirán MassHealth. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede retirar su solicitud de asistencia o terminar su caso en un plazo de 14 días después de recibir aviso de la decisión.