

## 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 \_\_\_\_\_

<b>Nombre del niño</b>	Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido		Sufijo	
<b>Número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés)</b>	- -	<b>Número de identificación individual del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés)</b>	- -	<b>Fecha de nacimiento</b>	Día/mes/año ___ / ___ / ___	
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No nacido Fecha límite ___ / ___ / ___	<b>Nombre del padre biológico</b>	Madre: nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	
			Padre: nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	
<b>Relación del NCP/PF con el niño</b>	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre putativo					
<b>Estado civil de los padres</b>	¿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 Si la respuesta es "Sí", diríjase a las preguntas de "Orden de información de respaldo" más abajo. 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>						
<b>Establecimiento de paternidad</b>	¿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. <input type="checkbox"/> No - Diríjase a las preguntas de "Estado de jurisdicción" más abajo. <input type="checkbox"/> No sabe - Diríjase a las preguntas de "Estado de jurisdicción" más abajo.					
	¿Cómo se estableció la paternidad? <input type="checkbox"/> Se estableció ante el Tribunal el ___ / ___ / ___ Nombre del Tribunal _____ <input type="checkbox"/> Reconocimiento de paternidad el ___ / ___ / ___		¿En qué condado, estado y país se estableció la paternidad? Condado _____ Estado _____ País _____			
<b>Estado de jurisdicción</b>	¿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					
<b>Orden de información de manutención infantil (responda únicamente si es distinta para este niño)</b>	¿Existe una orden de manutención infantil para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de la orden? ___ / ___ / ___		¿Se ha ordenado seguro de salud? <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 <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Tribunal que emitió la Orden	<input type="checkbox"/> Tribunal de Familia <input type="checkbox"/> Tribunal Supremo <input type="checkbox"/> Otro	Condado/estado/país		Expediente o número de ficha del Tribunal	
<b>Información de cobertura de salud (responda únicamente si es distinta para este niño)</b>	¿El niño cuenta con cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "Sí", identifique el tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Privada - Diríjase a las preguntas de "Beneficios del seguro de salud" más abajo. <input type="checkbox"/> Pública - Diríjase a las preguntas de "Cobertura del seguro público de salud" más abajo. <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? <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: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> Otro _____ 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>	<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>Name of Child</b>	First	Middle	Last	Suffix
<b>Case Information</b>	Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates		Date of Referral _____ / _____ / _____
<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 <input type="checkbox"/> Court Ordered	Placement Date _____ / _____ / _____	Cost of Care \$ _____ 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the subsidy include Medicaid? <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 (    )                      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. Signature of Commissioner/Designee _____ Date _____			