CSE-1151A FORPFS (5-08)

Remueva el formulario

DEPARTMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
División de Sustento para Menores
ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN A CERCA DEL PADRE/MADRE AUSENTE (PA)

SU NOMBRE: _____

NUMERO DE CASO DE ATLAS: _____

FUE LLENADO EN LA FECHA: _____

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LEGIBLEMENTE – OPRIMA FIRMAMENTE - USE TINTA NEGRA
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

1. ¿QUÉ ES EL NOMBRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE (PA)? *(Apellido, nombre, inicial)*

2. ¿CUÁLES OTROS NOMBRES USE EL PADRE/MADRE AUSENTE TAL COMO APODOS O ALIASES ETC.?

3. ¿ CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DEL PA? *(Mm/dd/aa)*

4. ¿QUÉ EDAD TIENE APROXIDMADAMENTE EL PA? (*Si no sabe la fecha de nacimiento*)

5. ¿DÓNDE NACIÓ EL PADRE/MADRE AUSENTE *(Ciudad, Estado o País)*

6. ¿QUÉ ES EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE/MADREAUSENTE?

7. DESCRIBA EL PA: ALTURA: PIES ' PLGS. PESO: LBRS. COLOR DE CABELLO: COLOR DE OJOS: SEXO: RAZA:

8. ¿LLEVA LENTES (ANTEOJOS) EL PADRE/MADRE AUSENTE? SÍ ☐ NO ☐

9. ¿TIENE EL PA ALGUNAS MARCAS FÍSICAS DE IDENTIFICACIÓN? *(Tatuajes o cicatrices)*

10. ¿TIENE EL PA ALGUNA INCAPACIDAD? SÍ ☐ NO ☐ TIPO DE INCAPACIDAD: _____

11. ¿A DÓNDE Y CUÁNDO LE CONOCIÓ A EL PADRE/MADRE AUSENTE? FECHA: HORA:

NOMBRE DEL LUGAR: _____

DIRECCIÓN: _____

12. ¿SI ACASO USTED HA VIVIDO CON EL PA? SÍ ☐ NO ☐

13. ¿CUÁNDO SALIÓ EL PA?

14. ¿POR QUÉ SALIÓ EL PA?

15. ¿CUÁL ES EL DOMICILIO DEL PADRE/MADRE AUSENTE *(Núm., calle, ciudad, estado y CP)*

16. ¿CUÁNTO TIEMPO PERMENEZCA EL PA EN LA DIRRECCIÓN ARRIBA? AÑOS _____ MESES _____

17. ¿HAY OTRAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA MISMA CASA? SÍ ☐ NO ☐ *(Si es así, ponga el nombre y parentesco abajo)*

1. _____ 2. _____

18. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN PARA CORREO DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Si es diferente del domicilio)*

19. SI NO SABE LA DIRECCIÓN ACTUAL, ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO **DOMICILIO** CONOCIDO DEL PADRE/MADREAUSENTE? *(Núm., calle, ciudad, estado y CP)*

20. SI NO SABE LA DIRECCIÓN ACTUAL, ¿CUÁL ES LA ÚLTIMA **DIRECCIÓN PARA CORREO** CONOCIDA DEL PADRE/MADREAUSENTE? *(Núm., calle, ciudad, estado y CP)*

21. ¿CUÁL ES EL NÚM. DE TELÉ. DE CASA DEL PA?

22. ¿NÚM. CELULAR?

23. ¿NÚM. DE TELÉ. DE SU TRABAJO, EMPLEO O PROPIO NEGOCIO?

24. ¿CUÁL ERA LA FECHA ÚLTIMA EN LA CUAL SE VIO AL PA?

¿Y QUIÉN LO VIO?

Remueva el formulario

25. ¿LA PROFESIÓN DEL PA? _____

26. ¿QUÉ TIPO DE INGRESO TIENE EL PA? *(Marque la cajita apropiada)*

☐ BENEFICIOS POR DESEMPLEO $ _____ POR MES
☐ BENEFICIOS PARA VETERANOS $ _____ POR MES
☐ ASISTENCIA GENERAL $ _____ POR MES
☐ BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL $ _____ POR MES
☐ SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO $ _____ POR MES
☐ ESTAMPILLAS PARA COMIDA $ _____ POR MES

EMPLEO: *(Ponga la información a cerca de su empleo abajo (núms.. 23- 33)*

CUÁL ES EL NÚMERO DE CASO DE ASISTENCIA PÚBLICA DEL PA?

27. EMPLEADOR ACTUAL DEL PA:

28. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR ACTUAL DEL PA:

29. NÚM. DE TELÉ. DEL EMPLEADOR ACTUAL DEL PA:

30. SUELDO:

$ POR ☐ HORA ☐ SEMANA ☐ MES ☐ AÑO

31. EL PA ESTUVO CONTRATADO DESDE:

32. ÚLTIMO EMPLEADOR CONOCIDO DEL PA:

33. NÚM. DE TELÉ. DEL EMPLEADOR:

34. DIRECCIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR CONOCIDO DEL PA:

35. SUELDO:

$ _____ POR ☐ HORA ☐ SEMANA ☐ MES ☐ AÑO

36. LAS ÚLTIMAS FECHAS DE EMPLEO QUE SEPA USTED:

DESDE: _____ HASTA: _____

37. ¿RESIDE O TRABAJA EL PA EN UNA RESERVA?

SÍ ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, PONGA EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA RESERVA:

38. NOMBRAR CUALQUIER CLASE DE LICENCIA QUE TENGA EL PA *(Por ejemplo: Contratistas, peluquero, bienes inmuebles, impuesto sobre las ventas, pescar, etc.)*

CLASE:	NÚMERO:	EMITIDO:	CADUCA:	ACTIVO	REVOCADO
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

39. INDICA TODAS LAS CUENTAS *(corrientes, de ahorros o prestamos)* QUE TENGA EL PA:

NOMBRE DEL BANCO:	CIUDAD Y ESTADO:	NÚMERO DE CUENTA:

40. ¿TIENE EL PA ALGUNAS TARJETAS DE CRÉDITO? SÍ ☐ NO ☐ FAVOR DE MARCAR EL TIPO Y NÚMER DE CUENTA *(Si lo sabe).*

☐ CUENTA DE VISA: _____ ☐ CUENTA DE MASTER CARD: _____
☐ CUENTA DE DISCOVER: _____ ☐ CUENTA DE AMERICAN EXPRESS: _____
☐ OTRA TARJETA (*especifique*): _____ NÚMERO DE CUENTA: _____
☐ OTRA TARJETA (*especifique*): NÚMERO DE CUENTA:

41. ¿POSEE ALGUNA PROPIEDAD *(Bienes raíces)* EL PADRE/MADREAUSENTE? SÍ ☐ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, ¿A DÓNDE?

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:

42. LISTAR TODOS LOS VEHÍCLOS QUE EL PADRE/MADRE AUSENTE POSEE: *(Coches, camiones, motocicletas, caravanas, barcas, aviones, etc.)*

VEHÍCLO 1	VEHÍCLO 2
MARCA:	MARCA:
MODELO:	MODELO:
AÑO:	AÑO:
COLOR:	COLOR:
PLACA:	PLACA
ESTADO:	ESTADO:

NÚMERO DE CARNET DE CONDUCIR:	ESTADO:	FECHA EMITIDO:

Remueva el formulario

43. ¿CUÁNDO Y ADÓNDE HA RADICO SUS PLANILLAS CONTRIBUTIVAS EL PADRE/MADRE AUSENTE?

AÑO:	ESTADO:	NOMBRE DE ASESOR FISCAL O EMPRESA:

44. NOMBRES DE LAS ESCUELAS QUE ASISTIÓ EL PA: *(Escuelas vocacionales, escuela secundaria, colegios, universidades, o escuelas técnicas etc.)*

NOMBRE:	AÑO:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

45. NOMBRAR TODAS LAS UNIONES Y/O ORGANIZACIONES FRATERNALES EN LAS QUE EL PADRE/MADRE AUSENTE SEA MIEMBRO:

NOMBRE: DIRECCIÓN: TELÉ.: AÑO:

NOMBRE: DIRECCIÓN: TELÉ.: AÑO:

NOMBRE: DIRECCIÓN: TELÉ.: AÑO:

46. ¿SIRVIÓ EN LAS FUERZAS ARMADAS? SÍ ☐ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, DESDE: _____ HASTA: _____

¿QUÉ DIVISIÓN? FILA:

ESTATUS ACTUAL: *(Marque la cajita apropiada)*

ACTIVO	S ☐ N ☐	RETIRADO	S ☐ N ☐	RESERVADO	S ☐ N ☐
GENERAL	S ☐ N ☐	HONOROSA	S ☐ N ☐	DISHONOROSA	S ☐ N ☐
DISCAPACITADO	S ☐ N ☐	RECIBE UN PENSIÓN POR DISCAPACIDAD	S ☐ N ☐	CONDUCTA MALA	S ☐ N ☐

47. ¿HA SIDO DETENIDO Y/O ENCARCELADO EL PADRE/MADRE AUSENTE? SÍ ☐ NO ☐

FECHA(S) DESDE:	HASTA:	RAZÓN:	NOMBRE DE LA CARCEL O PRISIÓN:	CONDADO Y ESTADO:

48. ¿CONOCE A ALGUIEN QUE SEPA DÓNDE ESTÁ EL PA? AMIGOS **(A)** VECINOS **(V)** O PARIENTES **(P)** DEL PADRE/MADRE AUSENTE *(Marque uno):*

	NOMBRE:		DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO:
1.		**A** ☐ **V** ☐ **P** ☐	
2.		**A** ☐ **V** ☐ **P** ☐	
3.		**A** ☐ **V** ☐ **P** ☐	
4.		**A** ☐ **V** ☐ **P** ☐	

49. ¿CÓMO SE LLAMA LA MADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Apellido, nombre materno, nombre, inicial)*

50. ¿A DÓNDE VIVE LA MADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Núm., calle, ciudad, estado y CP)*

51. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA DE LA MADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE?

52. ¿CÓMO SE LLAMA EL PADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Apellido, nombre, inicial)*

53. ¿A DÓNDE VIVE EL PADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Núm., calle, ciudad, estado y CP)*

54. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA DEL PADRE DEL PADRE/MADRE AUSENTE?

55. ¿TIENE EL PADRE/MADRE AUSENTE ALGUNA NOVIO/A ACTUAL? SÍ ☐ NO ☐

56. ¿CÓMO SE LLAMA EL/LA NOVIO/A ACTUAL DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(Apellido, nombre, inicial)*

57. ¿QUÉ ES LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL NOVIO(A) DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(código de área, núm., calle, ciudad, estado y CP)*

Remueva el formulario

58. ¿ESTÁ ACTUALMENTE CASADA EL PADRE/MADRE AUSENTE? SÍ ☐ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUIÉN *(Apellido, nombre, inicial)*

59. ¿QUÉ ES LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESPOSO(A) DEL PADRE/MADRE AUSENTE? *(código de área, núm., calle, ciudad, estado y CP)*

60. ¿A QUÉ HORA REGRESE EL PADRE/MADRE AUSENTE O LA MEJOR HORA PARA COMUNICARSE POR TELÉFONO CON EL PA EN CASA?

61. ¿EL PADRE/MADRE AUSENTE HA EFECTUADO ALGUNOS PAGOS DE SUSTENTO A USTED? SÍ ☐ NO ☐

MANERA:	CONDADO Y ESTADO:	CANTIDAD:	FRECUENCIA:	FECHA DEL ÚLTIMO PAGO:
☐ POR TRIBUNAL		$		
☐ DIRECTAMENTE A USTED		$		
☐ OTRA *(especifique)*		$		

62. ¿CÓMO USTED TRATARÍA DE LOCALIZAR EL PADRE/MADRE AUSENTE SI EL NIÑO(S) ESTUVIERAN GRAVEMENTE ENFERMOS Y QUERRÍAN VERLE?

63. ¿HAY OTRA INFORMACIÓN QUE QUERRÍA PROVEER SOBRE EL PADRE/MADRE AUSENTE?

NOMBRE DEL ENTRAVISTADOR(A) *(Apellido, nombre, inicial)*	SITE CODE	ATLAS CASE NO.	DATE:

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, Comuníquese al (602) 274-3792; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ◆ Available in English.