

FORMULARIO OBLIGATORIO DE ENTREVISTA DE PATERNIDAD **Trabajador:**
IV-D#:

Devuelve este formulario antes de

a: Dane County Child Support Agency
Agencia de Manutención Infantil del Condado
CITY-COUNTY BLDG RM 365
210 MARTIN LUTHER KING BLVD
MADISON WI 53703 3350

Información de la madre:

NOMBRE COMPLETO (Primero)		(Segundo)	(Apellido)	Fecha de nacimiento	
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Número de Seguro Social o ITIN
Afiliación tribal (si corresponde)					
Nombre y dirección del empleador (Calle postal)		Ciudad	Estado	Código	Estado civil en el momento de la concepción/nacimiento: [] Casada [] Soltera
Teléfono celular		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	
¿Acepta recibir textos? [] SÍ [] NO (Puede cancelar en cualquier momento)		Correo electrónico			
¿Necesita un intérprete? [] SÍ [] NO Si es así, ¿qué idioma?					
Si alguna vez estuvo casada*:	Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento		SSN
	Dirección del cónyuge: Calle		Ciudad	Estado	Código postal
	Fecha de Matrimonio	Matrimonio Condado/Estado	Fecha de la última vez que vivió con su cónyuge	Fecha de la última relación sexual con el cónyuge	
	* Si hubo más de un matrimonio, adjunte hoja con el nombre del cónyuge y los detalles anteriores				
Si está divorciada:	Fecha y condado/estado del divorcio(s):				
Si recibe asistencia pública, el Aviso de Buena Causa está adjunto					
Si usted está ahora casada, indique otros hijos nacidos de usted durante este matrimonio, pero que no fueron engendrados por el cónyuge:					
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

Información del hijo:

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (Primero)		(Segundo)	(Apellido)	Fecha de nacimiento/Fecha prevista	
PESO AL NACER: _____ libras _____ onzas		Tipo de parto: [] Normal [] Cesárea		Nombre del doctor	
Si el niño pesó menos de 5 libras, 8 onzas al nacer, Fecha original de parto: _____ Fecha de última menstruación (periodo): _____				Sexo	
Nombre y ubicación del hospital donde nació el niño				Nombre de HMO	
¿Pagó la Asistencia Médica por el nacimiento? [] SÍ [] NO		Si no fue Asistencia Médica, ¿quién pagó por el nacimiento?			
Número de Seguro Social		¿Se ha iniciado alguna acción de paternidad en algún lugar para este niño? [] SÍ [] NO En caso afirmativo, ¿dónde?			
¿Tuvo relaciones sexuales con algún otro hombre durante el período de concepción? [] SÍ [] NO		Afiliación tribal (si corresponde)			

Información sobre posible padre o padres: Proporcione la siguiente información para cada hombre con el que tuvo relaciones sexuales durante el periodo de concepción del <conceptionStartDate> al <conceptionEndDate>

NOMBRE COMPLETO (Primero)		(Segundo)	(Apellido)	Otros Nombre(s) Usados	
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha y lugar de nacimiento
					Edad aproximada
Afiliación tribal (si corresponde)					
¿Alguna vez vivió en Wisconsin? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, ¿en qué pueblo/ciudad?					
Nombre y dirección del empleador (Calle Ciudad Estado Código postal)				Número de Seguro Social o ITIN	
Teléfono celular		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	
Correo electrónico					
¿El posible padre necesita un intérprete? ☐ SÍ ☐ NO ☐ DESCONOCIDO Si es así, ¿qué idioma?					
Raza	Ojos	Cabello	Peso	Altura	Cicatrices o Tatuajes
¿Está casado? Si es así, nombre de la esposa: ☐ SÍ ☐ NO			¿Alguna vez arrestado/encarcelado? Si es así, ¿cuándo y dónde? ☐ SÍ ☐ NO		
¿Mantiene a otros niños? ☐ SÍ ☐ NO		En caso afirmativo, indique nombre(s):			
¿Dónde viven?		¿Ocurrió el acto sexual en Wisconsin? Si no, ¿en qué estado? ☐ SÍ ☐ NO			
¿Aceptó voluntariamente (consintió) tener relaciones sexuales? ☐ SÍ ☐ NO					
¿Está su nombre en el certificado de nacimiento? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento					
Indique a cualquier otro hijo nacido o adoptado junto con este hombre:					
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

Información sobre posible padre o padres:

NOMBRE COMPLETO (Primero)		(Segundo)	(Apellido)	Otros Nombre(s) Usados	
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha y lugar de nacimiento
					Edad aproximada
Afiliación tribal (si corresponde)					
¿Alguna vez vivió en Wisconsin? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, ¿en qué pueblo/ciudad?					
Nombre y dirección del empleador (Calle Ciudad Estado Código postal)				Número de Seguro Social o ITIN	
Teléfono celular		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo	
Correo electrónico					
¿El posible padre necesita un intérprete? ☐ SÍ ☐ NO ☐ DESCONOCIDO Si es así, ¿qué idioma?					
Raza	Ojos	Cabello	Peso	Altura	Cicatrices o Tatuajes
¿Está casado? Si es así, nombre de la esposa: ☐ SÍ ☐ NO			¿Alguna vez arrestado/encarcelado? Si es así, ¿cuándo y dónde? ☐ SÍ ☐ NO		
¿Mantiene a otros niños? ☐ SÍ ☐ NO		En caso afirmativo, indique nombre(s):			
¿Dónde viven?		¿Tuvo lugar la relación sexual en Wisconsin? Si no, ¿en qué estado? ☐ SÍ ☐ NO			

¿Aceptó (consintió) voluntariamente tener relaciones sexuales? ☐ SÍ ☐ NO		
¿Está su nombre en el certificado de nacimiento? ☐ SÍ ☐ NO Si es así , por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento		
Indique a cualquier otro hijo nacido o adoptado junto con este hombre:		
NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Si está nombrando a más de 2 posibles padres, adjunte una hoja con el nombre y la información completa.

COMENTARIOS ADICIONALES:
¿Ha presentado un formulario de reconocimiento voluntario de paternidad para este niño? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, ¿qué estado? Fecha enviada:
Si no, ¿piensa presentar un formulario de reconocimiento voluntario de paternidad? ☐ SÍ ☐ NO

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Firma _____ Fecha _____

Proporcione una foto del posible padre o padres si está disponible