

Información Adicional del Menor (Solicitud)A llenar si el Solicitante tiene **más de dos (2) niños** con la Otra Parte mencionada en esta solicitud.**Someta con la Parte A y Parte B del formulario LDSS-5143 SP**Nombre del Menor N°

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Sufijo

N° de Seguro Social o ITIN Género Femenino Masculino No Binario / OtroFecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Fecha estimada del parto

Nombre del Padre

Padre 1 Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Padre 2 Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Lugar de Nacimiento del Menor

Hospital

Ciudad

Estado País

Parentesco de la Otra Parte con el Menor

 Padre Padrastra / Madrastra Supuesto Padre

Estado Civil de los Padres

¿Estuvieron los padres arriba mencionados casados al momento del nacimiento del menor o después?

 Sí, el uno con el otro Sí, pero no el uno con el otro No No se sabeEn caso **afirmativo a uno con el otro**, vaya a las preguntas de la **Información sobre la Orden de Sustento. De lo contrario**, vaya a las preguntas del **Establecimiento de la Paternidad**.

Establecimiento de la Paternidad

¿Se estableció la paternidad?

 Sí - Conteste las preguntas de **Establecimiento de la Paternidad**. No - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.Usted **No** necesita contestar las preguntas sobre el **Estado de Jurisdicción**. No Sabe - Vaya a las preguntas del **Estado de jurisdicción**.

¿Cómo se estableció la paternidad?

 Se estableció ante el Tribunal el Nombre del Tribunal Reconocimiento de Paternidad el

¿En qué condado, estado y país se estableció la paternidad?

Condado Estado País

¿Dónde fue concebido el niño?

Estado País

Estado de Jurisdicción

¿Cubrió el supuesto padre (AF) los gastos prenatales o de sustento del menor? Sí No No se sabe¿Vivía el Supuesto Padre (AF) con el menor en el Estado de Nueva York? Sí No No se sabe¿Vive el menor en el Estado de Nueva York como resultado de acciones o directivas del Supuesto Padre (AF)? Sí No No se sabe

Información sobre la Orden de Sustento

¿Existe una orden de sustento para este menor? Sí No No se sabe En caso afirmativo, ¿Cuál es la fecha de la orden? ¿Se ha ordenado seguro de salud? Sí No No se sabe

Monto de la Obligación

\$ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Otro

Tribunal que Emitió la Orden

 De Familia Supremo Otro Condado Estado País

Información sobre Cobertura de Atención Médica

¿Tiene el menor cobertura de atención médica? Sí No No se sabeEn caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura: Privada – vaya a las preguntas de **Prestaciones de Seguro Médico**. Público – vaya a las preguntas de **Cobertura de Atención Médica Pública**.

Prestaciones de Seguro Médico

¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?

 Padre Custodio Tutor Legal Padre no Custodio/ Supuesto Padre Padrastra / Madrastra No se sabe OtroNombre de la Compañía de Seguros de Salud N° de Póliza N° de Grupo Calle Piso / Apartamento / Suite Ciudad Estado Código Postal

Cobertura de Atención Médica Pública

Indique el tipo de cobertura de atención médica pública:

 Medicaid Child Health Plus (CHPlus)Contribución mensual del CHPlus: \$ Otro