

**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 

Femenino

Masculino

No Binario / Otro

Fecha 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**.Usted **No** necesita contestar las preguntas sobre el **Estado de Jurisdicción**. No - Vaya a las preguntas del **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 Otro

Nombre 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