

Información Adicional del Menor (Solicitud)

A llenar si el Solicitante tiene **más de dos (2) menores** con la Otra Parte mencionada en esta solicitud.

Someta el LDSS-5143

Nombre del Menor #							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido		Sufijo			

SSN / ITIN	Género					Fecha Estimada del Parto
	Femenino	Masculino	No Binario / Otro			No ha nacido

Nombre de la Persona con Nexo Parental			
Persona con Nexo Parental 1	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Persona con Nexo Parental 2	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Lugar de Nacimiento del Menor	Ciudad	Estado	País
Hospital			

Parentesco de la Otra Parte con el Menor			
Persona con Nexo Parental	Pareja de la Persona con Nexo Parental con el Menor	Persona con Nexo Parental Presunto	Persona con Nexo Parental Potencial

Estado Civil de las Personas con Nexo Parental			
¿Estuvieron las personas con nexo parental arriba mencionadas casadas al momento del nacimiento del menor o después?			
Sí, entre sí	Sí, pero no entre sí	No	No se sabe

En caso **afirmativo entre sí**, vaya a las preguntas de la **Información sobre la Orden de Sustento. De lo contrario**, vaya a las preguntas del **Establecimiento de Filiación**.

Establecimiento de Filiación: ¿Se estableció la filiación?	Sí - Conteste las preguntas de Establecimiento de Filiación .
No - Vaya a las preguntas del Estado de jurisdicción .	Usted no necesita contestar las preguntas sobre el Estado de Jurisdicción .
	No se sabe - Vaya a las preguntas del Estado de jurisdicción .

¿Cómo se estableció la filiación?

Se estableció ante el Tribunal el	Nombre del Tribunal
Reconocimiento de Paternidad / Filiación el	Acuerdo Subrogación / Reproducción Asistida

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

Condado	Estado	País
---------	--------	------

¿Dónde fue concebido el menor?

Estado	País
--------	------

Estado de Jurisdicción			
¿Cubrió la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial los gastos prenatales o de sustento del menor?	Sí	No	No se sabe
¿Vivió la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial 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 de la Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial?	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 sabe
En caso afirmativo, identifique el tipo de cobertura	Privada – vaya a las preguntas de Prestaciones de Seguro Médico		
	Pública – vaya a las preguntas de Cobertura de Atención Médica Pública		

Prestaciones de Seguro Médico					
¿Quién proporciona la cobertura de atención médica privada del menor?					
Persona con Nexo Parental Custodia	Tutor Legal	Persona con Nexo Parental no Custodia / Persona con Nexo Parental Presunto / Potencial	Pareja de la Persona con Nexo Parental con el Menor	No se sabe	Otro

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud		Nº de Póliza	Nº de Grupo
Calle	Piso / Apto. / 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		