

EN LA CORTE DEL DISTRITO DEL CONDADO DE \_\_\_\_\_  
ESTADO DE OKLAHOMA

Demandante	)	
	)	
y	)	No. del Caso: _____
	)	OCSS FGN: _____
Demandado	)	(Número del caso de los Servicios de Sustento Económico para Niños de Oklahoma)

**Resumen de la Orden del Sustento Económico**

**Enviar a: OCSS, Central Case Registry, P.O. Box 528805, Oklahoma City, OK  
73152-8805 or fax to: (405) 522-8901**

Esta forma se debe de llenar por completo y ser presentada al juez antes de que el juez firme la orden. El Registro Central de Oklahoma para el Sustento Económico para Niños necesita esta información para enviar los pagos del sustento económico. Esta forma **NO** se guardará en los archivos de la corte. [43 O.S. § 120]

1. El juez tomó la siguiente orden:  Temporal o  Final el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha).  
 ¿Que tipo de caso escuchó el juez?  Divorcio;  Paternidad;  
 Juvenil;  Modificación de una orden previa;  Imposición de una orden previa; o  
 Otro tipo de caso, explique: \_\_\_\_\_
2. ¿Hay una orden de protección activa?  Sí  No
3. El juez tomó las siguientes ordenes del sustento económico para los niños menores:

	Monto	Persona responsable de pagar	Fecha de Comienzo	Fecha de Término
Sustento económico para Niños				
Efectivo para gastos médicos				
Sustento económico médico fijo				
Sustento Económico del Cónyuge				
Pago Atrasado				
Otro: _____				
<b>Total:</b>				

4. El juez ordenó  al padre, \_\_\_\_\_  
(nombre), o  a la madre del niño/a/ los niños, \_\_\_\_\_  
(nombre),

- a proveer el seguro médico para el niño/la niña/los niños, O
- el sustento económico médico en efectivo en lugar del seguro porque el seguro médico no es disponible a un costo razonable. El juez decidió que el sustento económico médico debe de discontinuarse cuando el niño/ la niña/los niños estén inscritos en un programa de seguro médico de costo razonable que no exceda \$\_\_\_\_\_.

5. Favor de llenar por completo las casillas abajo sobre cada niño/a por el/la cual el juez ordenó el sustento económico. Si hay más de cuatro niños, favor de llenar por completo otra forma. La ley Federal requiere que usted proporcione la siguiente información. [42 U.S.C. § 666(a)(13)]

Nombre del niño/a	Segundo nombre del niño/a	Apellido del niño/a	Fecha de nacimiento	Masculino/femenino	Número del Seguro Social

6. Se ordena inmediatamente una asignación de ingresos:  Sí  No  
El empleador de la persona responsable de pagar sustento económico es:

Nombre del Empleador		Código de área	Teléfono
Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

7. Información adicional:

**El Obligado** (La persona responsable de pagar el sustento económico para los niños, la persona sin la custodia):

Fecha de nacimiento	Masculino/Femenino	Número del Seguro Social
Número de teléfono durante el día con el código de área	Número de teléfono del empleador con el código de área	

**Recipiente** (La persona que recibe el sustento económico, la persona con la custodia):

Fecha de nacimiento	Masculino/Femenino	Número del Seguro Social
---------------------	--------------------	--------------------------

Número de teléfono durante el día con el código de área	Número de teléfono del empleador con el código de área
---	--

8. Información de correo: Indique la dirección para recibir correspondencia, para recibir las ordenes, y los avisos para presentarse a la corte. [Dirección – 43 O.S. § 112A]

**El Obligado** (La persona responsable de pagar el sustento económico para los niños, la persona sin la custodia):

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------------	--------	--------	---------------

**Recipiente** (La persona que recibe el sustento económico, la persona con la custodia):

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------------	--------	--------	---------------

¿Los pagos deben de ser enviados a otra dirección para el recipiente?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, indique la dirección aquí:

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------------------	--------	--------	---------------

**Preparado por**

Fecha	Escriba su nombre con letra de molde	Código de área y número de teléfono
-------	--------------------------------------	-------------------------------------