

En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de Allegheny , Pensilvania

Teléfono: 412-350-5600

Fax: 412-350-7197

Solicitud de servicios de pensión alimenticia o manutención de menores

(Escriba claramente con letra de imprenta)

Nombre y apellido del solicitante _____

Número de Seguro Social (SSN) _____

Nombre y apellido de la otra parte _____

Solicito servicios de pensión alimenticia/manutención de menores según el Título IV-D de la Ley de Seguro Social, y sus enmiendas, a la Sección de Relaciones Domésticas del condado de .

Firma del solicitante

Fecha

De conformidad con la Sección 7(b) de la Ley de Privacidad, por la presente se le notifica que su número de Seguro Social es obligatorio, de acuerdo a la Sección 466 (a)(13) de la Ley del Seguro Social [42 U.S.C. 666(a)(13)], Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa C.S.) párrafo 4304.1 y párrafo 4353(a.2). Además, se le notifica que esta información será utilizada por el programa determinado según el Título IV-D para localizar personas con el propósito de determinar la paternidad y de determinar, modificar y hacer cumplir las obligaciones de pago de manutención.

FOR OFFICE USE ONLY
Date rec'd in DRS _____

TANF NON-TANF IV-E



Service Type

Form IN-001 12/16
Worker ID

