



## Child Support Services Division (CSSD) Enrollment for Services Information /

### Información sobre la inscripción en los servicios de la División de Servicios de Manutención Infantil (Child Support Services Division, CSSD)

#### Services / Servicios

Child support services are provided to either parent, or to a third-party with whom the child(ren) resides. / Los servicios de manutención infantil se prestan a cualquiera de los progenitores o a un tercero con el que residan los hijos.

#### We can help with / Podemos ayudar con

- **Locate Services:** The CSSD may search for addresses and assets using available resources. / **Búsqueda de servicios:** La CSSD puede buscar direcciones y activos utilizando los recursos disponibles.
- **Parentage Establishment:** The CSSD may work to establish the parentage of children. / **Establecimiento de la paternidad:** La CSSD puede trabajar para establecer la paternidad de los niños
- **Order Establishment:** The CSSD may move to establish an order for child and medical support. / **Solicitar una orden:** La CSSD puede solicitar una orden de manutención infantil y médica.
- **Support Order Enforcement:** Actions the CSSD may take to enforce a support obligation include, but are not limited to: / **Ejecutar una orden de manutención:** Las acciones que la CSSD puede emprender para ejecutar una obligación de manutención incluyen, entre otras:
  - Issue income withholding orders / Emitir órdenes de retención de ingresos.
  - Seize cash assets / Incautar activos en efectivo.
  - Intercept state/federal income tax refunds & other government payments / Interceptar reintegros de impuestos estatales/federales y otros pagos gubernamentales.
  - Report past-due amounts to credit bureaus / Notificar los importes adeudados a agencias de crédito.
  - Impose liens on real and personal property / Imponer gravámenes sobre bienes muebles e inmuebles.
  - Suspend licenses / Suspender licencias.
  - Passport denial / Denegación de pasaporte.
- **Order Review and Modification:** Either parent or a caretaker/guardian of the children may ask the CSSD to review the support order for possible modification. The request for review must be made in writing. Orders may be reviewed based on current laws, rules, and regulations. / **Revisión y modificación de órdenes:** Cualquiera de los progenitores o un cuidador o tutor de los hijos puede solicitar a la CSSD que revise la orden de manutención para una posible modificación. La solicitud de revisión debe hacerse por escrito. Las órdenes pueden revisarse en función de las leyes, normas y reglamentos vigentes.
- **Medical Support Enforcement:** The CSSD automatically provides medical support enforcement services. If medical insurance coverage is not ordered in the support order, the CSSD may require the order to be modified to include medical insurance provisions. / **Ejecución de asistencia médica:** La CSSD proporciona automáticamente servicios de ejecución de asistencia médica. Si no se ordena la cobertura de seguro médico en la orden de manutención, la CSSD puede exigir que se modifique la orden para incluir cláusulas de seguro médico.

#### We cannot help with / No podemos ayudar con

- Deciding custody disputes / Resolución de litigios sobre custodia.
- Enforcing property settlement / Ejecución de la liquidación de bienes.
- Collecting payments on medical bills that are not part of a judgment / Cobro de facturas médicas que no forman parte de una sentencia.
- Enforcing custody and visitation provisions of an order / Ejecución de las disposiciones de una resolución sobre custodia y régimen de visitas.
- Collecting attorney's fees / Cobro de honorarios de abogados.
- Collecting spousal support when no child support is owed / Cobro de la manutención conyugal cuando no se debe manutención infantil.
- Calculating and in most instances collecting interest, unless it has been reduced to a judgment / Calcular y, en la mayoría de los casos, cobrar los intereses, a menos que se hayan reducido a una sentencia.
- Limit services at your request. Once a case is opened, the CSSD is required to take certain actions / Limitar los servicios a petición suya. Una vez abierto un caso, la CSSD está obligada a tomar determinadas medidas.

#### Cost of Services: / Costo del se

The CSSD is required to charge an enrollment fee to individuals applying for child support services. It is non-refundable, even if the CSSD determines your case is unworkable. Please attach your payment to this enrollment form. It must be a personal check, cashier's check or money order. **Please do not mail cash.** If paying in person the CSSD can also accept debit/credit/cards / La CSSD está obligada a cobrar una cuota de inscripción a las personas que soliciten servicios de manutención infantil. No es reembolsable, incluso si la CSSD determina que su caso es inviable. Por favor, adjunte su pago a este formulario de inscripción. **Debe ser un cheque personal, cheque al portador o un giro postal.** No envíe dinero en efectivo. Si paga en persona, la CSSD también acepta tarjetas de débito/crédito.

- ☐ \$25 Enrollment Fee / Cargo de inscripción de \$25
- ☐ No fee: receiving Montana Public Assistance including, Medicaid/HMK Plus/HMK, SNAP, Cash Assistance, Child Care Grant, Child and Family Services. Participation will be verified. / Sin cargo: recibiendo Asistencia Pública de Montana incluyendo, Medicaid/HMK Plus/HMK, SNAP, Asistencia en Efectivo, Subsidio para el Cuidado de Niños, Servicios para Niños y Familias. Se verificará la participación.

#### IMPORTANT / IMPORTANTE:

**Before getting started, determine how many enrollment forms you will need. / Antes de empezar, calcule cuántos formularios de inscripción va a necesitar.**

A separate form is needed for... / Se necesita un formulario aparte para...

- Each alleged father / Para cada presunto padre.
- Each parent from whom you are seeking support. / Cada progenitor del que solicite ayuda.
- Each parent to whom you will send child support payments. / Cada progenitor al que vaya a enviar pagos de manutención infantil.

**You can apply online at: / Puede presentar su solicitud en línea en**

Online / En línea: <https://webapp.hhs.mt.gov/SEARCHSIntakeApplicationApp>

**You can submit enrollment forms / Puede presentar los formularios de inscripción de la siguiente manera:**

Mail / Por correo postal: Child Support Services Division, PO Box 202943 Helena, MT 59620-2943

By fax / Por fax: 406-444-9626

or drop off enrollment forms at a local CSSD office: / o entregando los formularios de inscripción en una oficina local de la CSSD:

**Great Falls**  
201 First St S  
STE 1A

**Billings**  
1500 Poly Dr  
STE 200

**Butte**  
129 W Park St  
STE 201

**Missoula**  
2675 Palmer St  
STE C

**Helena**  
2550 Prospect Dr  
STE 400

**STATE OF MONTANA / ESTADO DE MONTANA**  
**PUBLIC HEALTH AND HUMAN SERVICES / SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS HUMANOS**  
**CHILD SUPPORT SERVICES DIVISION / DIVISIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**  
**CHILD SUPPORT SERVICES ENROLLMENT FORM / FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

<b>A. Information about the person requesting services, if not a parent. / Información sobre la persona que solicita los servicios, si no es uno de los progenitores.</b>									
Your Name (First/Middle/Last): / Su nombre (nombre/segundo nombre/apellido)				Your Social Security Number: / Su número de Seguro Social:			Date of Birth (MM/DD/YYYY): / Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		
P.O. Box or Street Address: / Apartado postal o domicilio:					Your Relationship to the Children: / Su relación con el menor:				
City: / Ciudad:		State: / Estado:		Zip: / Código Postal:		Race: / Raza:		If Native American, Tribe: / Si es nativo americano, tribu:	
Contact Number: / Número de contacto:				Tribal enrollment number: / Número de inscripción tribal:					
<b>B. Information about the child(ren)'s parents / B. Información sobre los padres de los menores</b> <b>COMPLETE A SEPARATE ENROLLMENT FORM FOR EACH ALLEGED FATHER / COMPLETAR UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDEPENDIENTE POR CADA SUPUESTO PADRE</b> <b>If you are not a parent of the children complete the parent information for each parent, you would like included in a child support case. /</b> <b>Si usted no es uno de los progenitores de los niños, complete la información de cada progenitor que desee incluir en un caso de manutención infantil.</b>									
<b>Parent 1 / Progenitor 1</b>					<b>Parent 2 / Progenitor 2</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Mother/ Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Father or Alleged Father / Padre o supuesto padre</b>					<input type="checkbox"/> <b>Mother/ Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Father or Alleged Father / Padre o supuesto padre</b>				
Name (First/Middle/Last): / Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)					Name (First/Middle/Last): / Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)				
Other Names Used (Maiden/Married/Aliases): / Otros nombres utilizados (soltera/casada/alias):					Other Names Used (Maiden/Married/Aliases): / Otros nombres utilizados (soltera/casada/alias):				
Mailing Address: / Dirección postal:					Mailing Address: / Dirección postal:				
City: / Ciudad:		State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:		City: / Ciudad:		State: / Estado:	
Street Address: / Domicilio:					Street Address: / Domicilio:				
City: / Ciudad:		State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:		City: / Ciudad:		State: / Estado:	
Contact Number: / Número de contacto:					Contact Number: / Número de contacto:				
E-Mail Address: / Correo electrónico:					E-Mail Address: / Correo electrónico:				
Social Security Number: / Número de Seguro Social:			Date of Birth (MM/DD/YYYY) / Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Social Security Number: / Número de Seguro Social:			Date of Birth (MM/DD/YYYY) / Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Place of Birth: / Lugar de nacimiento:					Place of Birth: / Lugar de nacimiento:				
Race: / Raza:	If Native American, Tribe: / Si es nativo americano, tribu:		Enrollment Number: / Número de inscripción:		Race: / Raza:	If Native American, Tribe: / Si es nativo americano, tribu:		Enrollment Number: / Número de inscripción:	
Parent 1 Deceased? / ¿Progenitor 1 fallecido? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No			Date & Place of Death: / Fecha y lugar de defunción:		Parent 2 Deceased? / ¿Progenitor 2 fallecido? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No			Date & Place of Death: / Fecha y lugar de defunción:	
Parent 1's Father's Name: / Nombre del padre del progenitor 1:			Parent 1's Mother's Name: / Nombre de la madre del progenitor 1:		Parent 2's Father's Name: / Nombre del padre del progenitor 2:			Parent 2's Mother's Name: / Nombre de la madre del progenitor 2:	
Last-Known Employer's Name: / Nombre del último empleador conocido:					Last-Known Employer's Name: / Nombre del último empleador conocido:				
Employer's Address: / Domicilio del empleador:		City/State: / Ciudad/estado:		Zip Code: / Código postal:		Employer's Address: / Domicilio del empleador:		City/State: / Ciudad/estado:	
Parent 1's Usual Occupation: / Ocupación habitual del progenitor 1:					Parent 2's Usual Occupation: / Ocupación habitual del progenitor 2:				
Currently Incarcerated? / ¿Está en la cárcel? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No		If Yes, City, State & Facility: / En caso afirmativo, ciudad, estado y centro de detención:			Currently Incarcerated? / ¿Está en la cárcel? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No		If Yes, City, State & Facility: / En caso afirmativo, ciudad, estado y centro de detención:		

C. Parent's marriage information. / C. Información sobre el matrimonio de los padres.			
Date Married: / Fecha de casamiento:	Place Married (City & State): / Lugar de casamiento (ciudad y estado):	Date Divorced: / Fecha de divorcio:	Place Divorced (City & State): / Lugar de divorcio (ciudad y estado):
Please provide copies of any orders. / Sírvase facilitar copias de las órdenes.		Cause Number: / Número de causa:	

  

D. Domestic Violence / Violencia doméstica
Do you believe that releasing information about you or the child(ren), such as your address, may result in physical or emotional harm to you or them? / ¿Cree que la divulgación de información sobre usted o los menores (como su dirección) puede causarles daños físicos o emocionales? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No
If there is a protection order issued against a parent of the children, please provide a copy with this form. / Si existe una orden de protección dictada contra uno de los progenitores de los menores, facilite una copia junto con este formulario.
Montana Domestic Violence helpline / Línea de ayuda contra la violencia doméstica de Montana: 1-888-404-7794

  

E. Information about the children of the Parents listed on page 2 / Información sobre los hijos de los padres que figuran en la página 2			
	Child 1 / Hijo 1	Child 2 / Hijo 2	Child 3 / Hijo 3
Child's Name (first, middle, last) / Nombre del menor (nombre, segundo nombre, apellido)			
Other names used / Otros nombres utilizados			
Gender / Género			
Race / Raza:			
Social Security Number / Número de Seguro Social:			
Date of Birth / Fecha de nacimiento			
Place of Birth (City, County, State, Country) / Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado, país)			
Place of Conception (City, County, State, Country) / Lugar de concepción (ciudad, condado, estado, país)			
Child lives with... / El menor vive con...			
Is the child receiving social security benefits? / ¿Recibe el menor beneficios de la Seguridad Social?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No
Did the father sign an acknowledgment of Paternity? If yes, provide a copy. / ¿Firmó el padre un reconocimiento de paternidad? En caso afirmativo, facilite una copia.	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:
Is there a support order? If yes, name City, State, Tribe, Country where child support order(s) filed: / ¿Existe una orden de manutención? En caso afirmativo, indique la ciudad, el estado, la tribu y el país donde se presentaron las órdenes de manutención infantil:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Filed in / Presentada en:
Is there any current pending legal action (custody, support order, parentage)? / ¿Hay alguna acción legal pendiente (custodia, orden de manutención, paternidad)?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Type: / Tipo: _____ Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Type: / Tipo: _____ Filed in / Presentada en:	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Type: / Tipo: _____ Filed in / Presentada en:
Was Cash assistance received from any Tribe or State? If yes, where (city & state) and when (MM/YYYY) / ¿Recibió ayuda en efectivo de alguna tribu o estado? En caso afirmativo, dónde (ciudad y estado) y cuándo (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No City, State: / Ciudad, estado: _____ Date / Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No City, State: / Ciudad, estado: _____ Date / Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No City, State: / Ciudad, estado: _____ Date / Fecha: _____
Was the mother married to someone OTHER than the parent listed in section "B" at the time of birth or 10 months before the birth of the child(ren)? / ¿Estaba la madre casada con otra persona distinta del progenitor indicado en el apartado "B" en el momento del nacimiento o 10 meses antes del nacimiento del hijo o hijos?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Name / Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Name / Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No Name / Nombre: _____

	Child 4 / Hijo 4	Child 5 / Hijo 5	Child 6 / Hijo 6
Child's Name (first, middle, last) / <i>Nombre del menor (nombre, segundo nombre, apellido)</i>			
Other names used / <i>Otros nombres utilizados</i>			
Gender / <i>Género</i>			
Race / <i>Raza</i> :			
Social Security Number / <i>Número de Seguro Social</i> :			
Date of Birth / <i>Fecha de nacimiento</i>			
Place of Birth (City, County, State, Country) / <i>Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado, país)</i>			
Place of Conception (City, County, State, Country) / <i>Lugar de concepción (ciudad, condado, estado, país)</i>			
Child lives with... / <i>El menor vive con...</i>			
Is the child receiving social security benefits? / <i>¿Recibe el menor beneficios de la Seguridad Social?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i>
Did the father sign an acknowledgment of Paternity? If yes, provide a copy. / <i>¿Firmó el padre un reconocimiento de paternidad? En caso afirmativo, facilite una copia.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>
Is there a support order? If yes, name City, State, Tribe, Country where child support order(s) filed: / <i>¿Existe una orden de manutención? En caso afirmativo, indique la ciudad, el estado, la tribu y el país donde se presentaron las órdenes de manutención infantil:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Filed in / Presentada en:</i>
Is there any current pending legal action (custody, support order, parentage)? / <i>¿Hay alguna acción legal pendiente (custodia, orden de manutención, paternidad)?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Type: / Tipo:</i> _____ <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Type: / Tipo:</i> _____ <i>Filed in / Presentada en:</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Type: / Tipo:</i> _____ <i>Filed in / Presentada en:</i>
Was Cash assistance received from any Tribe or State? If yes, where (city & state) and when (MM/YYYY) / <i>¿Recibió ayuda en efectivo de alguna tribu o estado? En caso afirmativo, dónde (ciudad y estado) y cuándo (MM/AAAA)</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>City, State:/ Ciudad, estado:</i> _____ <i>Date / Fecha:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>City, State:/ Ciudad, estado:</i> _____ <i>Date / Fecha:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>City, State:/ Ciudad, estado:</i> _____ <i>Date / Fecha:</i> _____
Was the mother married to someone OTHER than the parent listed in section "B" at the time of birth or 10 months before the birth of the child(ren)? / <i>¿Estaba la madre casada con otra persona distinta del progenitor indicado en el apartado "B" en el momento del nacimiento o 10 meses antes del nacimiento del hijo o hijos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Name / Nombre:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Name / Nombre:</i> _____	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No / <i>No</i> <i>Name / Nombre:</i> _____
<b>F. Release of information / Divulgación de información</b>			
Information (including Social Security Numbers, names, and addresses) provided in this enrollment form or through other means may become part of the public record and may be shared with others. / <i>La información (incluidos números del Seguro Social, nombres y direcciones) proporcionada en este formulario de inscripción o a través de otros medios puede pasar a formar parte del registro público y puede ser compartida con otros.</i>			
<b>G. Additional Comments / Comentarios adicionales</b>			

H. Child Support Received or Paid / *Manutención infantil recibida o pagada*Support Received / *Manutención recibida*

The CSSD will collect ordered spousal maintenance if it is also collecting child support. Initial the option(s) that pertain to you and list the payments on the payment tables. / La CSSD cobrará la manutención conyugal ordenada si también está cobrando la manutención infantil. Ponga sus iniciales en las opciones que le correspondan y anote los pagos en las tablas de pago.

I, the undersigned say, / Yo, quien suscribe, declaro,

☐ I received payments directly from: / Recibo pagos directamente de:

☐ I received payments from another state agency or court. Provide a copy of payment records from the agency or court. / He recibido pagos de otra agencia estatal o tribunal. Facilite una copia de los registros de pagos de la agencia o el tribunal.

State agency or court (name/address/phone #): / Agencia estatal o tribunal  
(nombre/dirección/teléfono): \_\_\_\_\_

☐ I have never received a child support payment /  
*Nunca he recibido un pago de manutención infantil*

Support Paid / *Manutención pagada*

Initial the option(s) that pertain to you. List payments on the attached payment tables and provide a copy of pay records from the agency or court. / Ponga sus iniciales en las opciones que le correspondan. *Enumere los pagos en las tablas de pagos adjuntas y facilite una copia de los registros de pagos de la agencia o el tribunal.*

I, the undersigned say, / Yo, quien suscribe, declaro,

☐ I made payments directly to: / Hice pagos directamente a:

☐ I made payments from another state agency or court. Provide a copy of payment records from the agency or court. / *Hice pagos de otra agencia estatal o tribunal. Facilite una copia de los registros de pagos de la agencia o el tribunal.*

State agency or court (name/address/phone #): / Agencia estatal o tribunal  
(nombre/dirección/teléfono): \_\_\_\_\_

☐ I have never made a child support payment /  
Nunca hice un pago de manutención infantil

Payments (attach additional pages if necessary) / Pagos (adjunte páginas adicionales si es necesario)	
---	--

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste	Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste	Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste
Jan / Ene			<input type="checkbox"/>	Jan / Ene			<input type="checkbox"/>	Jan / Ene			<input type="checkbox"/>
Feb / Feb			<input type="checkbox"/>	Feb / Feb			<input type="checkbox"/>	Feb / Feb			<input type="checkbox"/>
Mar / Mar			<input type="checkbox"/>	Mar / Mar			<input type="checkbox"/>	Mar / Mar			<input type="checkbox"/>
Apr / Abr			<input type="checkbox"/>	Apr / Abr			<input type="checkbox"/>	Apr / Abr			<input type="checkbox"/>
May / Mayo			<input type="checkbox"/>	May / Mayo			<input type="checkbox"/>	May / Mayo			<input type="checkbox"/>
June / Jun			<input type="checkbox"/>	June / Jun			<input type="checkbox"/>	June / Jun			<input type="checkbox"/>
July / Jul			<input type="checkbox"/>	July / Jul			<input type="checkbox"/>	July / Jul			<input type="checkbox"/>
Aug / Ago			<input type="checkbox"/>	Aug / Ago			<input type="checkbox"/>	Aug / Ago			<input type="checkbox"/>
Sept / Sept			<input type="checkbox"/>	Sept / Sept			<input type="checkbox"/>	Sept / Sept			<input type="checkbox"/>
Oct / Oct			<input type="checkbox"/>	Oct / Oct			<input type="checkbox"/>	Oct / Oct			<input type="checkbox"/>
Nov / Nov			<input type="checkbox"/>	Nov / Nov			<input type="checkbox"/>	Nov / Nov			<input type="checkbox"/>
Dec / Dic			<input type="checkbox"/>	Dec / Dic			<input type="checkbox"/>	Dec / Dic			<input type="checkbox"/>

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

YEAR / AÑO: \_\_\_\_\_

Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste	Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste	Month / Mes	Amount Due / Importe adeudado	Amount Paid / Importe pagado	✓ If paid to or Rec'd from Court/Agency / Si se ha pagado al tribunal/agencia o se ha recibido de éste
Jan / Ene			<input type="checkbox"/>	Jan / Ene			<input type="checkbox"/>	Jan / Ene			<input type="checkbox"/>
Feb / Feb			<input type="checkbox"/>	Feb / Feb			<input type="checkbox"/>	Feb / Feb			<input type="checkbox"/>
Mar / Mar			<input type="checkbox"/>	Mar / Mar			<input type="checkbox"/>	Mar / Mar			<input type="checkbox"/>
Apr / Abr			<input type="checkbox"/>	Apr / Abr			<input type="checkbox"/>	Apr / Abr			<input type="checkbox"/>
May / Mayo			<input type="checkbox"/>	May / Mayo			<input type="checkbox"/>	May / Mayo			<input type="checkbox"/>
June / Jun			<input type="checkbox"/>	June / Jun			<input type="checkbox"/>	June / Jun			<input type="checkbox"/>
July / Jul			<input type="checkbox"/>	July / Jul			<input type="checkbox"/>	July / Jul			<input type="checkbox"/>
Aug / Ago			<input type="checkbox"/>	Aug / Ago			<input type="checkbox"/>	Aug / Ago			<input type="checkbox"/>
Sept / Sept			<input type="checkbox"/>	Sept / Sept			<input type="checkbox"/>	Sept / Sept			<input type="checkbox"/>
Oct / Oct			<input type="checkbox"/>	Oct / Oct			<input type="checkbox"/>	Oct / Oct			<input type="checkbox"/>
Nov / Nov			<input type="checkbox"/>	Nov / Nov			<input type="checkbox"/>	Nov / Nov			<input type="checkbox"/>
Dec / Dic			<input type="checkbox"/>	Dec / Dic			<input type="checkbox"/>	Dec / Dic			<input type="checkbox"/>

I declare under penalty of perjury and under the laws of the State of Montana that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes del estado de Montana que lo anterior es verdadero y correcto.

Date /  
Fecha

Date / *Fecha* \_\_\_\_\_ County & State Signed / *Condado y estado donde se firmó* \_\_\_\_\_

Date / Fecha	County & State Signed / Condado y estado donde se firmó	Signature / Firma
-----------------	--	----------------------

Date / <i>Fecha</i>	County & State Signed / <i>Condado y estado donde se firmó</i>	Signature / <i>Firma</i>	Printed Name / <i>Nombre en imprenta</i>
------------------------	---	-----------------------------	---

**CHILD SUPPORT SERVICES DIVISION / DIVISIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**  
**CHILD SUPPORT SERVICES AUTHORIZATION OF SERVICES / AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

**Repayment Agreement / Acuerdo de reembolso**

If I must repay the Division to correct an overpayment to me, I agree the Division may withhold 10% of current payments and 100% of past due support payments. / Si debo reembolsar a la División para corregir un pago excesivo que se me haya hecho, acepto que la División retenga el 10% de los pagos actuales y el 100% de los pagos de manutención vencidos.

☐ I agree / Acepto ☐ I do not agree / No acepto

- I understand that my consent is optional. The services I receive will not be affected by the choice I make. / Entiendo que mi consentimiento es opcional. Los servicios que reciba no se verán afectados por la elección que haga.
- I understand that if I give my consent and later change my mind, I must notify the Division in writing that I am withdrawing my consent. I understand that any consent withdrawal will only apply to overpayments that occur after the withdrawal occurs. / Entiendo que si doy mi consentimiento y más tarde cambio de opinión, debo notificar por escrito a la División que retiro mi consentimiento. Entiendo que la revocación del consentimiento sólo se aplicará a los pagos en exceso que se produzcan después de la revocación.
- I understand that if I do not give my consent, the Division is not prevented from seeking to correct an overpayment through other means. / Entiendo que si no doy mi consentimiento, no impide que la División intente corregir un pago excesivo por otros medios.

**Authorization to Act (this section must be completed) / Autorización para actuar (esta sección debe completarse)**

Children /: \_\_\_\_\_

Menores \_\_\_\_\_

I am the: ☐ Custodial Parent ☐ Non-Custodial Parent ☐ Other Custodian (relationship) / \_\_\_\_\_

Soy: Progenitor custodio Progenitor no custodio Otro custodio (relación)

I understand the CSSD will provide complete child support services and is authorized by law to take all actions necessary to work the case. Under penalty of perjury and under the laws of the State of Montana, the information I am providing in this enrollment form is true to the best of my knowledge. / Entiendo que la CSSD proporcionará servicios completos de manutención infantil y está autorizada por la ley a tomar todas las medidas necesarias para tramitar el caso. Bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Montana, la información que proporciono en este formulario de inscripción es verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Printed Name / Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
County and State / Condado y estado

STATE OF MONTANA / ESTADO DE MONTANA  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HUMAN SERVICES /  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS HUMANOS  
CHILD SUPPORT SERVICES DIVISION / DIVISIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

CHILD SUPPORT SERVICES AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION /  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Child(ren): / hijos \_\_\_\_\_

Parent: / Progenitor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parent: / Progenitor: \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

I, authorize the Child Support Services Division of the Department of Public Health and Human Services (CSSD), its employees or agents, to release any and all information about this case orally or in writing to \_\_\_\_\_, my (relationship i.e.: spouse, attorney, etc.) \_\_\_\_\_. / Yo, autorizo a la División de Servicios de Manutención Infantil del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos (CSSD), sus empleados o agentes, a divulgar toda información sobre este caso oralmente o por escrito a \_\_\_\_\_, mi (relación, es decir: cónyuge, abogado, etc.) \_\_\_\_\_.

Information that may be released includes all information available to the CSSD pertaining to the above case. Such information includes, but is not limited to: details and/or documentation regarding the status of the CSSD action in the case, specifics regarding payments and status of accounts, social security numbers, any negotiations or settlements made in the case, dates of hearings, paternity information and other sensitive information, and any other information that the CSSD or its authorized agents or employees maintain in the case file(s) or obtain through investigation. This information may be released to the above-named individual or agency as if it were being released to me. / La información que puede divulgarse incluye toda la información de que dispone la CSSD en relación con el caso anterior. Dicha información incluye, entre otras cosas: detalles o documentación sobre la situación de las acciones de la CSSD en el caso, detalles sobre los pagos y la situación de las cuentas, números de seguro social, cualquier negociación o acuerdo realizado en el caso, fechas de audiencias, información sobre la paternidad y otra información delicada, y cualquier otra información que la CSSD o sus agentes o empleados autorizados mantengan en los expedientes del caso u obtengan a través de la investigación. Esta información puede ser entregada a la persona o agencia arriba mencionada como si se me estuviera entregando a mi persona.

This release does not allow the undersigned, or any individual or agency named above, to receive access to information that is determined to be confidential under state or federal law, or that is otherwise protected from disclosure by law. / Esta divulgación no permite al suscrito, ni a ninguna persona o agencia nombrada anteriormente, recibir acceso a información que se haya determinado como confidencial en virtud de la legislación estatal o federal, o que esté protegida por ley contra su divulgación.

This authorization shall remain in effect until I revoke the authorization in writing and the CSSD acknowledges that it has received my written request. / Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito y la CSSD acuse recibo de mi solicitud por escrito.

\_\_\_\_\_  
Printed Name / Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

CS 100-1A (REV. 01/2024)

**PAYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE PAGO**  
**IF YOU EXPECT TO RECEIVE SUPPORT PAYMENTS, PLEASE CHOOSE DIRECT DEPOSIT OR RELIACARD /**  
**SI ESPERA RECIBIR PAGOS DE MANUTENCIÓN, ELIJA DEPÓSITO DIRECTO O TARJETA RELIACARD**

Payments are issued electronically by direct deposit to a bank account or to a U.S. Bank ReliaCard Visa prepaid debit card. You can choose direct deposit or ReliaCard. If you do not select a choice payment will automatically go on the ReliaCard. / Los pagos se emiten electrónicamente mediante depósito directo en una cuenta bancaria o en una tarjeta de débito prepagada ReliaCard Visa del U.S. Bank. Puede elegir depósito directo o ReliaCard. Si no selecciona ninguna opción, el pago se efectuará automáticamente en la tarjeta ReliaCard.

<input type="checkbox"/> ReliaCard: I am choosing to receive support payments on a U.S. Bank ReliaCard / ReliaCard: Elijo recibir los pagos de manutención en una tarjeta ReliaCard de U.S. Bank.	<input type="checkbox"/> Direct Deposit: I am choosing direct deposit / Depósito directo: Elijo depósito directo.		
<b>To receive Direct Deposit the information below must be completed. Your signature is REQUIRED. / Para recibir el depósito directo se debe completar la siguiente información. Su firma es OBLIGATORIA.</b>			
Last Name / Apellido	First Name & Middle Initial / Nombre e inicial media	Social Security Number / Número de Seguro Social	Phone Number / Teléfono
Financial Institution / Institución financiera	Address / Domicilio	Institution Phone Number / Teléfono de la institución	
ABA Routing # / Número de ruta ABA	Account # / Número de cuenta	Account Type / Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Checking / Cheques <input type="checkbox"/> Savings / Ahorros
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ I will promptly repay any amount that is overpaid to this account. / Devolveré sin demora cualquier importe que se abone en exceso en esta cuenta.</li><li>▪ I will notify the CSSD in writing if I want my payments sent to a different account or if I want direct deposit stopped. / Notificaré por escrito a la CSSD si quiero que mis pagos se envíen a una cuenta diferente o si quiero que se interrumpa el depósito directo.</li><li>▪ I will complete a new Direct Deposit Form if I want payments sent to a different financial institution. / Completaré un nuevo formulario de depósito directo si quiero que los pagos se envíen a una institución financiera diferente.</li></ul>			
Date (MM/DD/YYYY) / Fecha (MM/DD/AAAA)		Signature / Firma	

**General Information / Información general**

**ReliaCard**

- ReliaCard can be used to make purchases and to request cash back at the time of purchase anywhere Visa debit cards are accepted. A cash withdrawal is available at an Automatic Teller Machine (ATM). / ReliaCard puede utilizarse para realizar compras y solicitar la devolución de efectivo al momento de la compra en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Se puede retirar dinero en efectivo en un cajero automático (ATM).
- Please see the following pages for fee related disclosures associated with ReliaCard use. U.S. Bank will send you a monthly statement showing your account activity or in activity. You may also check the U.S. Bank website for recent transactions. / Consulte en las páginas siguientes la información relacionada con el uso de ReliaCard. U.S. Bank le enviará un extracto mensual en el que se mostrará la actividad o inactividad de su cuenta. También puede consultar el sitio web de U.S. Bank para ver las transacciones recientes.
- Upon receipt of your ReliaCard you will receive information from U.S. Bank instructing you in the use of the card. It is important to keep these instructions for future reference, as the CSSD does not issue these. / Cuando reciba su ReliaCard, recibirá información del U.S. Bank con instrucciones sobre el uso de la tarjeta. Es importante conservar estas instrucciones para futuras consultas, ya que la CSSD no las expide.

**How will I know when I start receiving payments on ReliaCard? / ¿Cómo sabré cuándo empiezo a recibir pagos en la ReliaCard?**

- The first time the CSSD processes your payment U.S. Bank will send you a card and instructions for using it. It takes 7 to 10 days to receive the card. / La primera vez que la CSSD procese su pago, el U.S. Bank le enviará una tarjeta y las instrucciones para utilizarla. La tarjeta tarda entre 7 y 10 días en llegar.

**Direct Deposit / Depósito directo**

**Am I notified when a child support payment is deposited into my account? / ¿Se me notifica el ingreso de un pago de manutención infantil en mi cuenta?**

- The CSSD does not notify you of payments transferred to your bank account, but payment information is available from our website or automated voice response unit. Also, your financial institution can verify a deposit. It will appear on your bank statement. / La CSSD no le notifica los pagos transferidos a su cuenta bancaria, pero la información sobre los pagos está disponible en nuestro sitio web o en la unidad de respuesta automática de voz. Además, su institución financiera puede verificar un depósito. Aparecerá en su extracto bancario.

**Is there a fee for direct deposit? / ¿Hay algún cargo por el depósito directo?**

- Fees or restrictions are those that may be imposed by your financial institution. / Los cargos o restricciones son los que puede imponer su entidad financiera.

**To cancel direct deposit or to change banking information fax or email your request to: /**

**Para cancelar el depósito directo o cambiar la información bancaria, envíe su solicitud por fax o correo electrónico a:**

- Fax / Fax: (406) 444-6934; Mail / Correo postal: CSSD EFT Disbursements, Fiscal Unit, PO Box 202943, Helena MT 59620

**CSSD Direct Deposit Contact Information / Información de contacto del depósito directo de la CSSD:** phone number / Teléfono (800) 346-5437 ext./ ext. 1140



**STATE OF MONTANA / ESTADO DE MONTANA**  
**PUBLIC HEALTH AND HUMAN SERVICES / SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS HUMANOS**  
**CHILD SUPPORT SERVICES DIVISION / DIVISIÓN DE SERVICIOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL**

**Terms and Conditions / Términos y condiciones**

Either parent or a caretaker/guardian of a child may open a case with the Child Support Services Division (CSSD) by completing an enrollment form. Families receiving certain types of public assistance receive CSSD services automatically. The Terms and Conditions explain your rights, responsibilities, and the services the Child Support Services Division (CSSD) will provide. **Please read this form carefully and keep it.** / *Cualquiera de los progenitores o el cuidador/tutor de un menor puede abrir un caso en la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) completando un formulario de inscripción. Las familias que reciben determinados tipos de ayudas públicas reciben automáticamente servicios de CSSD. Los términos y condiciones explican sus derechos, responsabilidades y los servicios que le prestará la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD).* **Lea atentamente este formulario y consérvelo.**

You may retain your own attorney, at your expense. The CSSD represents the public interest. Your objectives, goals, and financial interest may be different from the interest of the CSSD. The CSSD and the CSSD attorney do not represent any individual. / *Puede contratar a su propio abogado, corriendo usted con los gastos. La CSSD representa el interés público. Sus objetivos, metas e intereses financieros pueden ser diferentes de los intereses de la CSSD. La CSSD y el abogado de la CSSD no representan a ningún individuo.*

**Confidentiality/Privacy Notice / Aviso de confidencialidad/privacidad**

When you receive child support services, state and federal laws require you to provide the CSSD with certain information, including social security numbers for you and the children. This information is used to establish parentage and establish, enforce, and modify support orders. By submitting an enrollment form for CSSD services, you authorize the use of these social security numbers for child support services. / *Cuando recibe servicios de manutención infantil, las leyes estatales y federales exigen que proporcione a la CSSD cierta información, incluidos los números de la seguridad social de usted y de los niños. Esta información se utiliza para determinar la paternidad y establecer, hacer cumplir y modificar las órdenes de manutención. Al enviar un formulario de inscripción para los servicios de la CSSD, usted autoriza el uso de estos números de seguro social para los servicios de manutención infantil.*

The CSSD is committed to protecting your privacy and keeping information about your case confidential in compliance with state and federal law. This is also required of all agencies and organizations that work with the CSSD. However, you should be aware that some laws require the sharing of certain information. For example, the CSSD may need to provide certain information to another agency or person working on your case; to a third party such as an insurance company; or to the other parent. Additionally, be aware that once a legal action is started to establish, modify, or collect child support, all information included in the proceeding becomes a matter of public record. / *La CSSD se compromete a proteger su privacidad y a mantener la confidencialidad de la información sobre su caso de conformidad con las leyes estatales y federales. Esto también es obligatorio para todas las agencias y organizaciones que trabajan con la CSSD. Sin embargo, debe tener en cuenta que algunas leyes exigen compartir cierta información. Por ejemplo, la CSSD puede tener que facilitar cierta información a otro organismo o persona que trabaje en su caso; a un tercero, como una compañía de seguros; o al otro progenitor. Además, tenga en cuenta que una vez iniciada una acción legal para establecer, modificar o cobrar la manutención infantil, toda la información incluida en el procedimiento pasa a ser de dominio público.*

**Safety Information / Información de seguridad**

Information received becomes a part of the case record. The CSSD may disclose this information, including your name, address, and phone number, to other parties in the case. If you are concerned that the release of case information could result in physical or emotional harm to you or your family, or if you have a protective or restraining order against a receiver of the information, you must notify the CSSD. If the CSSD determines there is clear evidence of risk, your address and phone number will be removed from documents issued to other parties in the future. Also, if you have a protective or restraining order, you must provide the CSSD with a copy. / *La información recibida pasa a formar parte del expediente del caso. La CSSD puede revelar esta información, incluido su nombre, dirección y número de teléfono, a otras partes del caso. Si le preocupa que la divulgación de la información del caso pueda causarle daños físicos o emocionales a usted o a su familia, o si tiene una orden de protección o de alejamiento contra un receptor de la información, debe notificarlo a la CSSD. Si la CSSD determina que existen pruebas claras de riesgo, su dirección y número de teléfono se eliminarán de los documentos emitidos a otras partes en el futuro. Además, si tiene una orden de protección o de alejamiento, debe proporcionar una copia a la CSSD.*

**Payment Distribution and Credit Information / Distribución de pagos e información crediticia**

Payments are distributed according to state and federal rules, regulations, and laws. For an open case to receive credit, a payment must be sent through the CSSD. / *Los pagos se distribuyen de acuerdo con las normas, reglamentos y leyes estatales y federales. Para que un caso abierto reciba crédito, debe enviarse un pago a través de la CSSD.*

**Services / Servicios**

The CSSD, / *La CSSD:*

- may enter an order setting both parents' support obligation when establishing or modifying a support order. Enforcement of the support order may be determined by the custody arrangement. / *Puede dictar una orden fijando la obligación de manutención de ambos progenitores al establecer o modificar una orden de manutención. La ejecución de la orden de manutención puede estar determinada por el acuerdo de custodia.*
- May collect medical support if it has been reduced to a judgment which is to be paid in a specific dollar amount. / *Puede cobrar la manutención médica si se ha reducido a una sentencia que debe pagarse en una cantidad específica de dólares.*
- will determine the proper action or remedy to apply and the sequence of events, including the time frames, within which each case will proceed. This includes attempts to establish parentage, when necessary, secure financial and medical support, and modify orders when appropriate. / *Determinará la acción o recurso adecuado a aplicar y la secuencia de acontecimientos, incluidos los plazos, dentro de los cuales procederá cada caso. Esto incluye intentos de establecer la paternidad, cuando sea necesario, asegurar el apoyo financiero y médico, y modificar las órdenes cuando sea apropiado.*
- will intercept federal & state income tax refunds and payments when appropriate and apply them to unpaid support debt, persons receiving support may be required to repay intercepts if federal and state adjustments occur. / *Interceptará los reembolsos y pagos de impuestos federales y estatales cuando proceda y los aplicará a la deuda de manutención impagada, las personas que reciben la manutención pueden tener que reembolsar las intercepciones si se producen ajustes federales y estatales.*
- may charge an enrollment fee. If another agency or entity charges collection fees, the CSSD will pass on the cost to the person receiving support. / *puede cobrar un cargo de inscripción. La CSSD puede cobrar un cargo de inscripción. Si otra agencia o entidad cobra cargos de recaudación, la CSSD trasladará el costo a la persona que recibe la manutención.*
- may collect interest on support debts when the amount of unpaid interest is reduced to a lump sum judgment by an order. The CSSD does not have the ability to calculate the amount of interest that may be due or that may become due. This limitation is not to be construed as a waiver of any right to collect interest independent of the CSSD. / *La CSSD puede cobrar intereses sobre las deudas de manutención cuando el importe de los intereses impagados se reduzca a una sentencia de pago único mediante una orden. La CSSD no tiene capacidad para calcular el importe de los intereses adeudados o que puedan llegar a adeudarse. Esta limitación no debe interpretarse como una renuncia a cualquier derecho a cobrar intereses independientes de la CSSD.*
- may seek reimbursement from persons who receive money to which they are not entitled. The CSSD will provide an opportunity to repay or deny that money should be repaid to the State of Montana. Failure to repay or deny within 10 days of notification allows the CSSD to keep a portion of current support (and any amount that exceeds current support) to reimburse the State. The CSSD may also take action to recover these amounts either administratively or through a court order. / *La CSSD puede reclamar el reembolso a las personas que reciben dinero al que no tienen derecho. La CSSD dará la oportunidad de devolver o negar que el dinero deba ser devuelto al estado de Montana. Si no se reembolsa o se deniega en un plazo de 10 días a partir de la notificación, la CSSD puede retener una parte de la manutención actual (y cualquier cantidad que supere la manutención actual) para reembolsar al estado. La CSSD también puede emprender acciones para recuperar estos importes por vía administrativa o judicial.*
- may close a case upon your request or when you fail to cooperate or abide by these Terms and Conditions. / *La CSSD puede cerrar un caso a petición suya o cuando usted no coopere o no cumpla estos términos y condiciones.*

**Note / Nota:** A case may not be eligible for closure if a child receives TANF (cash assistance) or another individual submitted an enrollment for services form. / **Es posible que un caso no pueda cerrarse si un niño recibe TANF (asistencia en efectivo) u otra persona presentó un formulario de inscripción para recibir servicios.**

#### **Your Responsibilities: / Sus responsabilidades:**

- Keep the CSSD informed of any change in your address, phone number, or employment. You must also provide updated information about other participants in the case. / *Mantener informada a la CSSD de cualquier cambio de dirección, número de teléfono o empleo. También debe proporcionar información actualizada sobre otros participantes en el caso.*
- Promptly inform the CSSD of any changes in the physical custody of the children, modification of the support order, other collection actions, adoption proceedings, and any other matter that may affect or change the services the CSSD is providing. / *Informar rápidamente a la CSSD de cualquier cambio en la custodia física de los menores, modificación de la orden de manutención, otras acciones de cobro, procedimientos de adopción y cualquier otro asunto que pueda afectar o cambiar los servicios que presta la CSSD.*
- Forward any information that adds to, differs from, or contradicts information in the CSSD case so that it may be considered. / *Remitir cualquier información que complemente, difiera o contradiga la información del caso de la CSSD para que pueda ser tenida en cuenta.*
- Provide copies of all orders concerning your case. This includes actions that occur after CSSD services begin. / *Proporcionar copias de todas las órdenes relativas a su caso. Esto incluye acciones que ocurren después de que comiencen los servicios de la CSSD.*
- You agree that the value of CSSD services exceeds any interest that might have accrued on collections that are held pending proof of validity, confirmation of funds, or possible adjustments from joint federal tax offsets, and thereby waive that interest. Joint federal tax offsets may be held up to six months pursuant to federal law. / *Usted acepta que el valor de los servicios de la CSSD supera cualquier interés que pudiera haberse acumulado sobre los cobros que se mantienen pendientes de prueba de validez, confirmación de fondos o posibles ajustes de compensaciones fiscales federales conjuntas, y por lo tanto renuncia a dicho interés. Las compensaciones fiscales federales conjuntas pueden retenerse hasta seis meses en virtud de la legislación federal.*
- Immediately forward any support payment you receive that has not been issued by the CSSD or any payment you are required to make to the CSSD. You may be liable if the CSSD takes an enforcement action because you failed to timely forward a payment. Credit may not be given unless payments are made through the CSSD. / *Remitir inmediatamente cualquier pago de manutención que reciba que no haya sido emitido por la CSSD o cualquier pago que deba realizar a la CSSD. Usted puede ser responsable si la CSSD emprende una acción ejecutiva porque usted no remitió a tiempo un pago. No se concederán créditos a menos que los pagos se realicen a través de la CSSD.*
  - **Send all child support payments to: / Envíe todos los pagos de manutención infantil a:**  
Child Support Services Division / Child Support Services Division  
PO Box 8001  
Helena, Montana 59604

#### **Other Information / Otra información**

The CSSD cannot guarantee success in establishing parentage, establishing a support order, or collecting support. The CSSD may not be able to provide services because of circumstances outside the CSSD's control. All warranties, expressed or implied, are specifically disclaimed. Please be aware the enforcement of child support is a complex undertaking. It will take time to process your case thoroughly. / *La CSSD no puede garantizar resultados satisfactorios en la determinación de la paternidad, el establecimiento de una orden de manutención o el cobro de la manutención. Es posible que la CSSD no pueda prestar servicios por circunstancias ajenas a su control. Quedan expresamente excluidas todas las garantías, expresas o implícitas. Tenga en cuenta que la ejecución de la manutención infantil es una tarea compleja. Llevará tiempo tramitar su caso de forma exhaustiva.*

The Terms and Conditions govern all child support services. Any changes to the Terms and Conditions will not be binding until the CSSD notifies you. Alternative accessible formats of this document will be provided upon request. / *Los términos y condiciones rigen todos los servicios de manutención infantil. Cualquier cambio en los términos y condiciones no será vinculante hasta que la CSSD se lo notifique. Previa solicitud, se facilitarán formatos accesibles alternativos de este documento.*

#### **Intergovernmental Cases / Casos intergubernamentales**

The CSSD may request assistance from another child support agency to work your case. If your case is referred to another child support agency, that agency may control the actions taken in the case. / *La CSSD puede solicitar la ayuda de otro organismo de manutención infantil para trabajar en su caso. Si su caso se remite a otro organismo de manutención infantil, dicho organismo podrá controlar las medidas adoptadas en el caso.*

#### **Receive and Make a Payment / Recibir y hacer un pago**

##### **Receive a Payment / Recibir un pago**

Payments are issued electronically by direct deposit to a bank account or to a U.S. Bank ReliaCard Visa prepaid debit card. You can choose direct deposit or ReliaCard. If you do not make a choice, payments automatically go on ReliaCard. Payments are distributed according to state and federal rules, regulations, and laws. / *Los pagos se emiten electrónicamente mediante depósito directo en una cuenta bancaria o en una tarjeta de débito prepagada ReliaCard Visa del U.S. Bank. Puede elegir depósito directo o ReliaCard. Si no elige ninguna opción, el pago se efectuará automáticamente en la tarjeta ReliaCard. Los pagos se distribuyen de acuerdo con las normas, reglamentos y leyes estatales y federales.*

##### **Verify a payment: / Verificar un pago**

- ➡ Go to Montana Child Support Payment Lookup at / *Consulte la lista de pagos de manutención infantil de Montana en <https://app.mt.gov/csed/>*
  - ➡ Call the CSSD Interactive Voice Response Unit (IVR): 1-800-346-KIDS (5437) / *Llame a la Unidad de Respuesta de Voz Interactiva (IVR) de la CSSD: 1-800-346-KIDS (5437)*
- Your MT Case Number and Social Security Number are required to access both options. / Para acceder a ambas opciones se requiere su número de caso de Montana y su número de seguro social.**

##### **To make a payment / Para hacer un pago:**

- ➡ Go to <https://app.mt.gov/csp/> Montana Child Support Payment Website / *Ingrese a la página web de Montana sobre el pago de la manutención infantil en <https://app.mt.gov/csp/>*
- ➡ Mail payments to / *Pagos por correo a la CSSD, PO Box 8001, Helena, MT 59604*

**Nondiscrimination Provision / Cláusula de no discriminación**

The Montana Department of Public Health and Human Services (DPHHS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. DPHHS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. / El Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (Montana Department of Public Health and Human Services, DPHHS) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El DPHHS no excluye personas ni las trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Montana Department of Health and Human Services (DPHHS) / El Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (DPHHS)

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats) / Ofrece ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como: intérpretes calificados en lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. / Ofrece servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, como ser: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.
- Makes reasonable modifications to policies and procedures to ensure people with disabilities have an equal opportunity to participate in both employment and our programs and services. / Hace adecuaciones razonables a las políticas y procedimientos para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades para participar tanto en el empleo como en nuestros programas y servicios.

If you need any of these services, contact the Civil Rights and EEO Coordinator, Office of Human Resources; 111 North Sanders, Room 202, Helena, MT 59601-4520; (406) 444-1386, TTY: (800) 833-8503, fax: (406) 444-0262; / Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles y EEO, Office of Human Resources; 111 North Sanders, Room 202, Helena, MT 59601-4520; (406) 444-1386, TTY: (800) 833-8503 Fax: (406) 444-0262  
HSHumanresources@mt.gov.

<p><b>If you have questions regarding this policy, or if you believe that DPHHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you may file a grievance with: / Si tiene alguna pregunta sobre esta política, o si cree que el DPHHS no le brindó estos servicios o le discriminó de cualquier manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:</b></p>	<p>Office of Human Resources / Office of Human Resources Civil Rights/EEO Specialist / Civil Rights/EEO Specialist PO Box 4210 / PO Box 4210 Helena, MT 59604 Phone / Teléfono: (406)4441386 V, TTY / V, TTY: (800)8338503 Fax / Fax: (406) 444-0262 HSHumanresources@mt.gov</p>
<p><b>You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a> or by mail or phone at: / También puede presentar un reclamo relacionado con derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de derechos civiles, disponible en <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a> o por correo o por teléfono en:</b></p>	<p>Office for Civil Rights (OCR) / Office for Civil Rights (OCR) U.S. Dept. of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Phone / Teléfono: (800) 368-1019 TDD / TDD: (800) 537-7697 <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a></p>

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights and EEO Coordinator is available to help you. / Puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de Derechos Civiles y EEO está a su disposición para ayudarlo.