



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

Información sobre la inscripción en los servicios de la División de Servicios de Mantenimiento 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 mantenimiento 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 mantenimiento 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.
 - Report past-due amounts to credit bureaus / Notificar los importes adeudados a agencias de crédito.
 - Seize cash assets / Incautar activos en efectivo.
 - Impose liens on real and personal property / Imponer gravámenes sobre bienes muebles e inmuebles.
 - Intercept state/federal income tax refunds & other government payments / Interceptar reintegros de impuestos estatales/federales y otros pagos gubernamentales.
 - 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 servicio:

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 cashier's check or money order. **The CSSD cannot accept personal checks or cash.** / 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 al portador o un giro postal. **La CSSD no puede aceptar cheques personales ni dinero en efectivo.**

\$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:

<p>Before getting started, determine how many enrollment forms you will need. / Antes de empezar, calcule cuántos formularios de inscripción va a necesitar.</p> <p>A separate form is needed for... / Se necesita un formulario aparte para...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>You can apply online at: / Puede presentar su solicitud en línea en</p> <p>🖥️ Online / En línea: https://webapp.hhs.mt.gov/SEARCHSIntakeApplicationApp</p> <p>You can submit enrollment forms / Puede presentar los formularios de inscripción de la siguiente manera:</p> <p>✉️ Mail / Por correo postal: Child Support Services Division, PO Box 202943 Helena, MT 59620-2943</p> <p>📠 By fax / Por fax: 406-444-9626; email / Por correo electrónico: CMU@mt.gov</p> <p>📍 or drop off enrollment forms at a local CSSD office: / o entregando los formularios de inscripción en una oficina local de la CSSD:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Great Falls</td> <td style="width: 25%;">Billings</td> <td style="width: 25%;">Butte</td> <td style="width: 25%;">Missoula</td> </tr> <tr> <td>201 First St S STE 1A</td> <td>1500 Poly Dr STE 200</td> <td>129 W Park St STE 201</td> <td>2675 Palmer St STE C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Helena</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2401 Colonial Dr First Floor / Primer piso</td> </tr> </table>	Great Falls	Billings	Butte	Missoula	201 First St S STE 1A	1500 Poly Dr STE 200	129 W Park St STE 201	2675 Palmer St STE C				Helena				2401 Colonial Dr First Floor / Primer piso
Great Falls	Billings	Butte	Missoula														
201 First St S STE 1A	1500 Poly Dr STE 200	129 W Park St STE 201	2675 Palmer St STE C														
			Helena														
			2401 Colonial Dr First Floor / Primer piso														

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

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.					
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. Information about the child(ren)'s parents / B. Información sobre los padres de los menores COMPLETE A SEPARATE ENROLLMENT FORM FOR EACH ALLEGED FATHER / COMPLETAR UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDEPENDIENTE POR CADA SUPUESTO PADRE 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. / 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.					
Parent 1 / Progenitor 1			Parent 2 / Progenitor 2		
<input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father or Alleged Father / Padre o supuesto padre			<input type="checkbox"/> Mother/ Madre <input type="checkbox"/> Father or Alleged Father / Padre o supuesto padre		
Name (First/Middle/Last): / Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)			Name (First/Middle/Last): / Nombre (nombre/segundo nombre/apellido)		
Other Names Used (Maiden/Married/Alias): / Otros nombres utilizados (soltera/casada/alias):			Other Names Used (Maiden/Married/Alias): / 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:		Zip Code: / Código postal:	State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:
Street Address: / Domicilio:			Street Address: / Domicilio:		
City: / Ciudad:		State: / Estado:	Zip Code: / Código postal:	City: / Ciudad:	
State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:	State: / Estado:		Zip Code: / Código postal:
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:		Zip Code: / Código postal:	City/State: / Ciudad/estado:		Zip Code: / Código postal:
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? Yes / Sí 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: _____

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

Support Received / Manutención recibida

Support Paid / Manutención pagada

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.

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 received payments directly from: / Recibo pagos directamente de:

 _____ I received payments form 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

I, the undersigned say, / Yo, quien suscribe, declaro,
 _____ I made payments directly to: / Hice pagos directamente a:

 _____ I made payments form 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

County & State Signed / Condado y estado donde se firmó

Signature / Firma

Printed Name / Nombre en imprenta

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

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.		
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.			
_____ 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"> ▪ 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. ▪ 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. ▪ 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. 			
_____ 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).

Are there fees for ReliaCard cash withdrawals? / ¿Hay cargos por retirar efectivo con la tarjeta ReliaCard?

- Please see the following pages for fee related disclosures associated with ReliaCard use. There may be additional withdrawal fees based on varying types of ATMs. U.S. Bank will send you a monthly statement showing your account activity or in activity. There is a charge for inactive accounts. 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. Puede haber cargos adicionales por retirar dinero en función de los distintos tipos de cajeros automáticos. U.S. Bank le enviará un extracto mensual en el que se mostrará la actividad o inactividad de su cuenta. Las cuentas inactivas tienen un cargo. 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

U.S. Bank ReliaCard® Pre-Acquisition Disclosure
Program Name: Montana Child Support

Monthly fee	Per purchase	ATM withdrawal	Cash reload
\$0	\$0	\$0 in-network \$1.25* out-of-network	N/A
ATM Balance Inquiry (in-network or out-of-network)			\$0
Customer Service (automated or live agent)			\$0 per call
Inactivity (after 365 days with no transactions)			\$2.00 per month
We charge 2 other types of fees. One of them is:			
Card Replacement (standard or expedited delivery)			\$0 or \$15.00
<p>* This fee can be lower depending on how and where this card is used.</p> <p>No overdraft/credit feature. Your funds are eligible for FDIC insurance.</p> <p>For general information about prepaid accounts, visit cfpb.gov/prepaid. Find details and conditions for all fees and services inside the card package or call 1-855-203-3863 or visit usbankreliacard.com.</p>			

U.S. Bank ReliaCard® Fee Schedule

Program Name: Montana Child Support

All fees	Amount	Details
Get cash		
ATM Withdrawal (in-network)	\$0	This is our fee per withdrawal. “In-network” refers to the U.S. Bank or MoneyPass® or SUM® ATM networks. Locations can be found at usbank.com/locations or moneypass.com/atm-locator.html or sum-atm.com .
ATM Withdrawal (out-of-network)	\$1.25	This is our fee per withdrawal. This fee is waived for your first ATM withdrawal per month, which includes both ATM Withdrawals (out-of-network) and International ATM Withdrawals. “Out-of-network” refers to all the ATMs outside of the U.S. Bank or MoneyPass or SUM ATM networks. You may also be charged a fee by the ATM operator even if you do not complete a transaction.
Teller Cash Withdrawal	\$0	This is our fee for when you withdraw cash off your card from a teller at a bank or credit union that accepts Visa®.
Using your card outside the U.S.		
International Transaction	0%	This is our fee which applies when you use your card for purchases at foreign merchants and for cash withdrawals from foreign ATMs and is a percentage of the transaction dollar amount, after any currency conversion. Some transactions, even if you and/or the merchant or ATM are located in the United States, are considered foreign transactions under the applicable network rules, and we do not control how these merchants, ATMs and transactions are classified for this purpose.
International ATM Withdrawal	\$1.25	This is our fee per withdrawal. This fee is waived for your first ATM withdrawal per month, which includes both ATM Withdrawals (out-of-network) and International ATM Withdrawals. You may also be charged a fee by the ATM operator even if you do not complete a transaction.
Other		
Card to Bank Transfer	\$0	This is our fee per transfer to transfer funds from your card to your bank account.
Card Replacement	\$0	This is our fee per card replacement mailed to you with standard delivery (up to 10 business days).
Card Replacement Expedited Delivery	\$15.00	This is our fee for expedited delivery (up to 3 business days) charged in addition to any Card Replacement fee.
Inactivity	\$2.00	This is our fee charged each month after you have not completed a transaction using your card for 365 consecutive days.

Your funds are eligible for FDIC insurance. Your funds will be held at U.S. Bank National Association, an FDIC-insured institution, and are insured up to \$250,000 by the FDIC in the event U.S. Bank fails. See fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html for details.

No overdraft/credit feature.

Contact Cardholder Services by calling **1-855-203-3863**, by mail at P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 or visit [**usbankreliacard.com**](https://usbankreliacard.com).

For general information about prepaid accounts, visit cfpb.gov/prepaid. If you have a complaint about a prepaid account, call the Consumer Financial Protection Bureau at 1-855-411-2372 or visit cfpb.gov/complaint.

Divulgación Previa a la Adquisición de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®
Nombre del Programa: Montana Child Support

Algunos materiales y servicios podrían estar disponibles solamente en inglés. Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirlo a sitios web en inglés.

Cargo mensual	Por compra	Retiro de fondos en ATM	Recarga de efectivo
\$0	\$0	\$0 dentro de la red \$1.25* fuera de la red	N/A
Consulta de Saldo en ATM (dentro y fuera de la red)			\$0
Servicio de Atención al Cliente (automatizado o representante en vivo)			\$0 por llamada
Inactividad (después de 365 días sin transacciones)			\$2.00 por mes
Cobramos otros 2 tipos de cargos. Este es uno de ellos:			
Reemplazo de Tarjeta (entrega estándar o expresa)			\$0 o \$15.00
<p>*Este cargo puede ser menor dependiendo de cómo y dónde se utilice esta tarjeta.</p> <p>Sin prestación de sobregiro/crédito. Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC.</p> <p>Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid. Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al 1-855-203-3863 o visitando usbankreliacard.com.</p>			

Lista de Cargos de la Tarjeta U.S. Bank ReliaCard®

Nombre del Programa: Montana Child Support

Todos los cargos	Monto	Detalles
Retiros de efectivo		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. "Dentro de la red" se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank, MoneyPass® o SUM®. Puede encontrar ubicaciones en usbank.com/locations , moneypass.com/atm-locator.html y sum-atm.com .
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	\$1.25	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por el primer retiro de fondos en ATM del mes, incluidos retiros de fondos en ATM (fuera de la red) y retiros de fondos en ATM internacionales. "Fuera de la red" se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank, MoneyPass o SUM. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Retiro de Efectivo con Personal de Ventanilla	\$0	Este es nuestro cargo por realizar un retiro de efectivo desde su tarjeta con la ayuda del personal de ventanilla en un banco o cooperativa de crédito que acepte Visa®.
Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.		
Transacción Internacional	0%	Este es el cargo que cobramos y que se aplica al uso de su tarjeta para compras en comercios extranjeros y por retiros de efectivo en ATM extranjeros y es un porcentaje del monto en dólares de la transacción después de cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero conforme a las reglas correspondientes de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y transacciones para este fin.
Retiro de Fondos en ATM Internacional	\$1.25	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. Este cargo no se cobra por el primer retiro de fondos en ATM del mes, incluidos retiros de fondos en ATM (fuera de la red) y retiros de fondos en ATM internacionales. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Otros		
Transferencia de Tarjeta a Banco	\$0	Este es nuestro cargo por cada transferencia de fondos de su tarjeta a su cuenta bancaria.
Reemplazo de Tarjeta	\$0	Este es nuestro cargo por reemplazo de tarjeta con servicio de entrega estándar (hasta 10 días hábiles).
Reemplazo de Tarjeta con Entrega Expresa	\$15.00	Este es nuestro cargo por entrega expresa (hasta 3 días hábiles), adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Inactividad	\$2.00	Este es nuestro cargo por mes si no ha realizado una transacción con su tarjeta durante 365 días consecutivos.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, podrían estar disponibles solamente en inglés. Los enlaces incluidos en esta comunicación podrían dirigirlo a sitios web en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Sus fondos se conservarán en U.S. Bank National Association, una institución asegurada por la FDIC, y están asegurados por la FDIC hasta \$250,000 en caso de que U.S. Bank quiebre. Consulte fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.

Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **855.203.3863**, por correo a: Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 o visite usbankreliacard.com.

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid. Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855-411-2372, o visite cfpb.gov/complaint.

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

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

HHShumanresources@mt.gov.

<p>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:</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 HHShumanresources@mt.gov</p>
<p>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 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 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 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o por teléfono en:</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 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</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 ayudarle.