



JIM FASHING
INTERIM EXECUTIVE DIRECTOR

COUNTY OF EL PASO
DOMESTIC RELATIONS OFFICE
500 E. SAN ANTONIO • RM. LL-108
EL PASO, TEXAS 79901
PHONE: (915) 834-8200
FAX: (915) 834-8299

Kristina Voorhies Legan, Board Certified –
Family Law, Chief – Enforcement Division
Edna Telles, Chief – Family Court Services
Division
Flor Galvan, Chief – Child Support Monitoring
and Customer Service Division
Ouisa Davis, Chief – Friend of Court Division

CRITERIO DE ACEPTACION PARA REFORZAR UN CASO CON LA ORDEN

La Oficina de Relaciones Domesticas del Condado de El Paso reforzará las ordenes de manutención infantil y visitas a través del programa “Amigo de la Corte”. Cuando la ORD acepta una aplicación para reforzar, la ORD no representa al solicitante, ni al demandado. La ORD representa únicamente los intereses de la corte que ha emitido la orden como “Amigo de la Corte”. Cada persona en el caso tiene derecho a contratar un abogado para representarle a el o a ella en cualquier acción de la corte que la ORD pueda tomar. Cualquier persona que es parte de un caso puede aplicar para servicios a través del programa Amigo de la Corte, si el siguiente criterio esta establecido:

- 1) La orden para reforzar ha sido emitida por una corte de El Paso, o ya ha sido transferida a El Paso si originalmente había sido emitida en otra corte fuera de El Paso;
- 2) No hay un procedimiento de la corte pendiente;
- 3) El acreedor (por un caso de manutención infantil) no está recibiendo asistencia social (y no ha asignado los derechos de mantenimiento al Estado de Texas o a la Oficina del Procurador Estatal), y el caso no es caso del Procurador Estatal / título IV-D;
- 4) Hay una orden FINAL para manutención infantil o para visita (esto incluye decretos de divorcio, ordenes de modificación, decretos de paternidad o ordenes estableciendo la relación padre-hijo, y ordenes de protección, pero **no** ordenes temporales) con su aplicación.
- 5) El solicitante tiene que estar al corriente con su cuota de servicio anual. Esta cuota es únicamente para los casos que la orden fue firmada después del 16 de Octubre del 2000.

Si desea aplicar para los servicios con la División de Reforzamiento de la ORD, por favor llene una aplicación (actualmente disponibles en las oficinas de la ORD y en el website de la ORD www.co.el-paso.tx.us/dro/) y devuélvala a la ORD con la cuota de aplicación de \$30.00 **no** reembolsables y una copia pertinente a la orden de la corte. Ud. será notificado por escrito si la ORD acepta su caso y que acciones han sido tomadas por esta oficina.

ADVERTENCIA:

Si el demandado vive fuera del condado de El Paso, el solicitante tendrá que pagar el costo de entregarle los documentos legales al demandado por medio de un procesador privado. Esta oficina requiere de un deposito de \$175.00 al entregar la aplicación para la contratación del procesador privado. Si el solicitante vive fuera del condado de El Paso, la corte requiere que el solicitante y el demandado esté presente en la(s) audiencia(s).

Reconozco que he leído, entendido y acuerdo seguir estos criterios.

FIRMA

EL CONDADO DE EL PASO
OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS
500 E. SAN ANTONIO STREET, CUARTO LL108
EL PASO, TEXAS 79901
(915)834-8200 HORARIO: 8:00AM – 4:30 PM

FOR INTERNAL USE ONLY

RECEIPT NO.: _____
AMT PAID: _____
DATE PAID: _____
SUBMITTED BY: mail/ walk-in/ email

APLICACION PARA PREPARACION/EMISION ORDEN AL EMPRESARIO DE RETENCION SALARIAL DE MANUTENCION INFANTIL - CUOTA \$70.00

POR FAVOR LEA EL “**CRITERIO DE ACEPTACION DE UN CASO POR LA ORD**” ADJUNTO A LA PARTE DE ATRAS DE ESTA APLICACION ANTES DE ENTREGARLA. LA CUOTA DE LA APLICACION **NO ES REEMBOLSABLE**.

CAUSA No. : _____ COMO SE ENTERO UD. DE ESTA OFICINA ? _____

INFORMACION DE APLICANTES – (EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACION APLICANTE - (BENEFICIARIO):

NOMBRE: _____ NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____ LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TELEFONO CASA:(____) _____ FECHA NACIMIENTO: _____
EMPLEO: _____ TELEFONO:(____) _____ HORARIO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____

INFORMACION DE LA PERSONA OBLIGADA A PAGAR MANUTENCION INFANTIL – (DEUDOR)

NOMBRE: _____ NO.SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____ LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
TELEFONO CASA:(____) _____ FECHA NACIMIENTO: _____
EMPLEO: _____ TELEFONO:(____) _____ HORARIO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____
ALIAS/APODOS: _____ COLOR PELO: _____ COLOR OJOS: _____
RAZA: _____ SEXO: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

POR FAVOR ESCRIBA LA DIRECCION A DONDE TENEMOS QUE ENVIAR LA ORDEN DE RETENCION SALARIAL PARA LA MANUTENCION INFANTIL.

NOMBRE DE LA EMPRESA : _____

DIRECCION DE EL DEPARTAMENTO DE NOMINA DE LA EMPRESA :

INFORMACION DE HIJOS

NOMBRE: _____	NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____	FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____
_____	SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____
NOMBRE: _____	NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____	FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____
_____	SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____
NOMBRE: _____	NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____	FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____
_____	SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____
NOMBRE: _____	NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____	FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____
_____	SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____
NOMBRE: _____	NO. SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCION: _____	FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____
_____	SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

INFORMACION DE MANUTENCION INFANTIL ORDENADA POR LA CORTE

NOMBRE DE LA ORDEN FINAL EN LA CUAL ESTA ESTABLECIDA LA MANUTENCION INFANTIL – **NO INCLUYA ORDENES TEMPORALES :**

FECHA DE LA FIRMA DE LA ORDEN : _____ ES LA ORDEN DE EL CONDADO DE EL PASO ? _____
SI ES ORDEN DE OTRO CONDADO, DONDE ? _____ SI LA ORDEN ES DE OTRO CONDADO, HA SIDO TRANSFERIDA LA ORDEN
_____ AL CONDADO DE EL PASO ? _____

INFORMACION ADICIONAL :
HAY ALGUNA OTRA INFORMACION QUE UD. DESEA QUE NOSOTROS CONSIDEREMOS ?

INFORMACION GENERAL

ES POLIZA DE ESTA OFICINA DE INTENTAR RESOLVER LAS DISPUTAS POR DIRECTA COMUNICACION CON LAS PERSONAS AFECTADAS. SI PARECE QUE VA HABER LA POSIBILIDAD DE UNA DISPUTA SOBRE LOS TERMINOS O PERTINENCIA DE LA ORDEN DE RETENCION SE ENVIARA UNA CARTA AL DEUDOR O/Y AL EMPRESARIO EN UN INTENTO DE RESOLVER LA DISPUTA.

TODOS ESFUERZO RAZONABLE SERA HECHO PARA RESOLVER LA DISPUTA DE MANUTENCION INFANTIL SIN ACCION DE CORTE.

LA CUOTA DE (\$40.00 es solamente por la preparacion de la orden de retencion o \$70.00 por la preparacion de la orden de retencion y emision al empresario) DEBEN ACOMPAÑAR ESTA APLICACION, ASI COMO UNA COPIA DE LA ORDEN A ENFORZAR.

ADVERTENCIAS

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, REPRESENTA SOLAMENTE LA CORTE QUE HA DADO LA ORDEN COMO "AMIGO DE LA CORTE". LA OFICINA **NO REPRESENTA NI AL APLICANTE NI AL DEUDOR.** AMBOS TIENEN EL DERECHO DE CONTRATAR UN ABOGADO QUE LOS REPRESENTA EN CUALQUIER ACCION DE CORTE QUE HAYA SIDO TOMADA POR LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS**.

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, ESTA LIMITADA EN ENFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL SOLAMENTE, Y NO REPRESENTA AL APLICANTE NI ACEPTA SERVICIOS PARA EL APLICANTE, SI UNA SOLICITUD DE DESACATO HA SIDO REQUERIDA.

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES NO, REGISTRARA UNA ACCION DE REFORZAMIENTO SI UNA ACCION DE PLEITO DE CUALQUIER CLASE ESTA ACTUALMENTE PENDIENTE EN SU CASO.

YO, JURO O AFIRMO QUE HE LEIDO TODA LA APLICACION, Y ENTIENDO LA INFORMACION AQUI CONTENIDA Y QUE LA INFORMACION QUE HE ESCRITO EN ESTA APLICACION ES VERDADERA Y CORRECTA A MI ENTENDER, Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS MENCIONADOS MAS ARRIBA.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA DE LA FIRMA