



## COUNTY OF EL PASO Domestic Relations Office

**Jim Fashing**  
Executive Director

500 E. SAN ANTONIO • RM. LL-108  
EL PASO, TX 79901  
☎ (915) 834-8200 📠 (915) 834-8299  
[www.epcounty.com/dro](http://www.epcounty.com/dro)

**Ouisa D. Davis**, Chief – Friend of Court Division  
**Edna Telles**, Chief – Family Court Services Division  
**Flor Galvan**, Office Manager

### 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/](http://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 \$150.00 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 este presente en la(s) audiencia(s).

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA

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

<b>FOR INTERNAL USE ONLY</b> RECEIPT NO.: _____ AMT PAID: _____ DATE PAID: _____ SUBMITTED BY: mail/ walk-in/ email
---

\_\_\_\_\_ APLICACION PARA OBLIGACION DE MANUTENCION INFANTIL – CUOTA \$30.00 (Orden firmada antes de 10/15/00)  
\_\_\_\_\_ APLICACION PARA OBLIGACION DE MANUTENCION INFANTIL – NO CUOTA (Orden firmada después de 10/16/00)

NOTA: UNA PROPUESTA PARA REFORZAR UNA ORDEN POR **DESACATO** PUEDE RESULTAR QUE EL DEUDOR SEA ENCARCELADO EN LA CARCEL DEL CONDADO DE EL PASO.

LA CUOTA **NO ES REEMBOLSABLE**. LEA POR FAVOR LA FORMA " **LOS CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE CASOS POR LA ORD**" QUE ESTÁ ADJUNTA A LA APLICACIÓN ANTES DE ENTREGAR LA APLICACIÓN. ESTA APLICACION ES PARA REFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL, ESO INCLUYE LA MANUTENCION INFANTIL MENSUAL, UN MANDATO JURIDICO DE MANUTENCION ATRASADA, REEMBOLSO DE PRIMAS PARA LA ASEGURANZA MEDICA, O MANTENIMIENTO DE ASEGURANZA DE VIDA EN GARANTIA PARA LA MANUTENCION INFANTIL. SI USTED NO LLENA COMPLETAMENTE Y EXACTAMENTE LA APLICACION, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE NO PODAMOS REFORZAR LA ORDEN HASTA QUE USTED NOS PROPORCIONE UNA APLICACION COMPLETA.

**INFORMACION GENERAL**

ES POLIZA DE ESTA OFICINA DE INTENTAR RESOLVER LAS DISPUTAS DE MANUTENCION INFANTIL ENVIANDOLE AL DEUDOR UNA CARTA DE QUEJA. LA CARTA ADVIERTE AL DEUDOR QUE UNA QUEJA HA SIDO RECIBIDA POR LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** QUE LOS PAGOS DE MANUTENCION INFANTIL NO ESTAN SIENDO PAGADOS COMO FUE ORDENADO. EL DEUDOR HA SIDO INFORMADO QUE SI NO SE PONE EN CONTACTO CON LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS EN TREINTA (30) DIAS** DEPUES DE RECIBIR LA CARTA DE QUEJA, Y LA DISPUTA ESTA RESUELTA, UNA PROPUESTA PARA REFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL POR DESACATO Y RETENCION DE SUELDO DEBE SER SOLICITADA. TODO ESFUERZO RAZONABLE SERA HECHO PARA RESOLVER LA DISPUTA DE MANUTENCION INFANTIL SIN ACCION DE CORTE.

LA CUOTA DE **(\$30.00)** DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACION Y UNA COPIA DE CUALQUIER ORDEN QUE DEBE SER REFORZADA. LOS COSTOS DE CORTE DEBERAN SER PAGADOS POR EL APLICANTE **ANTES** DE SOLICITAR LA PROPUESTA PARA REFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL POR DESACATO Y RETENCION DE SUELDO DEBE SER SOLICITADA. LOS COSTOS DE LA CORTE INCLUYEN LA CUOTA DEL SERVICIO ANNUAL DE MANUTENCION INFANTIL DE LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO, Y SI FUERA APLICABLE LA CUOTA PARA SOLICITAR UNA POSPOSICION. TODO ESFUERZO SERA HECHO PARA RECIBIR REEMBOLSO DE ESTAS CUOTAS DEL APLICANTE.

NO. CAUSA \_\_\_\_\_

**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:(____) _____ HORAS: _____
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:(____) _____ HORAS: _____
DIRECCION: _____	CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____
ALIAS/APODOS: _____	COLOR PELO: _____ COLOR OJOS: _____
RAZA: _____ SEXO: _____	ESTATURA: _____ PESO: _____

HISTORIA CRIMINAL DE AMBOS APLICANTES (INCLUYENDO ORDENES DE PROTECCION Y/O RESTRICCION Y CUALQUIER ORDEN DE LIBERTAD CONDICIONAL)

DESCRIPCION FISICA DEL DEUDOR (TATUAJES, BARBA, CICATRICES, LENTES, ETC.)

MARCA DE AUTO: \_\_\_\_\_ MODELO: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
COLOR: \_\_\_\_\_ PLACAS: \_\_\_\_\_ OTRA INFORMACION: \_\_\_\_\_

INFORMACION ADICIONAL/OTRAS LOCALIDADES DONDE SERVICIO PUEDE SER ENTREGADO:

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

**INFORMACION MANUTENCION INFANTIL ORDENADA POR CORTE**

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

FECHA DE ORDEN FIRMADA: \_\_\_\_\_ ES ORDEN DEL CONDADO DE EL PASO?: \_\_\_\_\_  
SI OTRO QUE EL CONDADO DE EL PASO DONDE? \_\_\_\_\_ SI ES ORDEN DE OTRO CONDADO, HA SIDO TRANSFERIDA  
\_\_\_\_\_ AL CONDADO DE EL PASO?: \_\_\_\_\_

HA SIDO ENVIADA UNA ORDEN AL EMPLEO DEL DEUDOR PARA RETENER DE SU SUELDO MANUTENCION INFANTIL?:

\_\_\_\_\_

ESTA SIENDO DEDUCIDA DEL SUELDO DEL DEUDOR LA MANUTENCION INFANTIL?: \_\_\_\_\_

ESTA EL DEUDOR ACTUALMENTE EN PRUEBA EN EL CONDADO DE EL PASO POR NO PAGAR MANUTENCION INFANTIL?: \_\_\_\_\_

HA SIDO LA AYUDA (AFDC) O (TANR) PAGADA A LOS HIJOS DEPENDIENTES DEL BENEFICIARIO?: \_\_\_\_\_

HA ESTADO EL DEUDOR EN DESACATO PREVIAMENTE POR NO PAGAR MANUTENCION INFANTIL? \_\_\_\_\_

HA SOLICITADO EL DEUDOR PETICION DE BANCAROTA DESDE QUE LA ORDEN FINAL FUE FIRMADA?: \_\_\_\_\_

**SI CONTESTA SI, UNA COPIA DE LA PETICION DE BANCAROTA DEBE SER PRESENTADA.**

NOTA: SI LA PETICION DE BANCAROTA ESTA ACTUALMENTE PENDIENTE, UNA PROPUESTA PARA REFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL POR **DESACATO NO PODRA SER SOLICITADA** HASTA QUE SE OBTENGA PERMISO DE LA CORTE DE BANCAROTA. UNA SOLICITUD PARA POSPONER DEBE SOLICITARSE CON LA CORTE DE BANCAROTA PARA PODER ENFORZAR LA ORDEN DE MANUTENCION INFANTIL. SI UNA PETICION DE BANCAROTA HA SIDO SOLICITADA DESPUES DE UNA PROPUESTA PARA ENFORZAR LA MANUTENCION INFANTIL, UNA SOLICITUD PARA POSPONER DEBE SOLICITARSE EN LA CORTE DE BANCAROTA PARA CONTINUAR.

HA SIDO DISUELTA LA BANCAROTA? \_\_\_\_\_,

**SI CONTESTA SI, UNA ORDEN DE LA DISOLUCION DEBE SER PRESENTADA**

HAN ESTADO LOS MENCIONADOS NIÑOS CON EL DEUDOR POR UN TIEMPO QUE EXCEDE LA VISITA ORDENADA POR LA CORTE? \_\_\_\_\_

SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE NOMBRE DE CADA NIÑO(A) Y FECHAS:

NOMBRE DEL NIÑO(A)

FECHA DE COMIENZO

FECHA DE FINALIZACION

---

---

---

---

---

**INFORMACION DE PAGOS ATRASADOS DE MANUTENCION INFANTIL**

HAN SIDO HECHOS PAGOS DE MANUTENCION INFANTIL QUE NO HAN SIDO PAGADOS A LA OFICINA DEL CONDADO DE EL PASO? \_\_\_\_\_ SI CONTESTA SI, LISTE CADA PAGO RECIBIDO, LA FECHA RECIBIDA Y SI EL PAGO FUE EN EFECTIVO, CHEQUE DE CAJERO, CHEQUE PERSONAL O ORDEN MONETARIO. USE LA PARTE TRASERA DE LA APLICACION SI NECESITA MAS ESPACIO.

<u>FECHA DE PAGO</u>	<u>CANTIDAD PAGADA</u>	<u>TIPO DE PAGO</u>	<u>FECHA DE PAGO</u>	<u>CANTIDAD PAGADA</u>	<u>FECHA DE PAGO</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CANTIDAD TOTAL DEBIDA: \$ \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(FECHA APLICACION FIRMADA)

(DEDUZCA TODOS LOS PAGOS DIRECTOS Y CANTIDADES PAGADAS A LA OFICINA DE MANUTENCION DEL CONDADO DE EL PASO, PARA DETERMINAR CANTIDAD DEBIDA).

**APLICACION PARA REFORZAR ASEGURANZA/CUENTAS MEDICAS QUE NO HAN SIDO PAGADAS  
COMO PARTE DE LA MANUTENCION INFANTIL**

REQUIERE LA ORDEN A EL DEUDOR MANTENER ASEGURANZA MEDICA PARA LOS NINO(S) ARRIBA MENCIONANDOS?  
\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

QUIEN MANTIENE LA ASEGURANZA MEDICA PARA LOS NINO(S)?  
\_\_\_\_\_USTED EL APLICANTE \_\_\_\_\_DEUDOR \_\_\_\_\_NADIEN

REQUIERE LA ORDEN DE LA CORTE A EL DEUDO QUE REEMBOLSE LAS PRIMAS PAGADAS EN FAVOR DE LOS NIÑO(S) ARRIBA MENCIONADOS?  
\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

CUANTO ESTA REQUERIDO QUE EL DEUDOR LE REEMBOLSE POR LAS PRIMAS PAGADAS POR LA ASEGURANZA MEDICA?  
\_\_\_\_\_TODO \_\_\_\_\_MITAD \_\_\_\_\_OTRO

EN UNA HOJA DE PAPAEL SEPARADA, USE EL SIGUIENTE FORMATO PARA ENUMERAR CUALQUIER **REEMBOLSO POR PRIMAS DE LA ASEGURANZA**. ESTE SEGURO DE ENUMERAR SOLAMENTE LA CANTIDAD QUE USTED PAGA POR LA PROTECCION DE LOS NIÑO(S) . **NO** INCLUYA CANTIDADES QUE PAGA POR USTED O CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE SU CASA QUE NO ESTE MENCIONADO EN ESTA DEMANDA. (USTED PUEDE CALCULAR DEDUCIENDO LA CANTIDAD QUE PAGA PARA ASEGURARSE USTED, DE LA CANTIDAD QUE PAGA PARA ASEGURARSE USTED Y EL NIÑO(A)(S).

#	CUALESON LAS FECHAS QUE USTED PROPORCIONO LA ASEGURANZA MEDICA	LA CANTIDAD DE PRIMAS PAGADAS POR USTED	FECHA(S) EN LA CUAL SE LE NOTIFICO A EL DEUDOR DEL COSTO DE LAS PRIMAS	CANTIDAD QUE EL DEUDOR PAGO

Total primas pagadas: \$ \_\_\_\_\_ del dia \_\_\_\_\_, 200\_\_

Total reembolso debido por el Deudor: \$ \_\_\_\_\_ del dia \_\_\_\_\_, 200\_\_

REQUIERE LA CORTE QUE EL DEUDOR PAGUE POR GASTOS MEDICOS NO PAGADOS POR LA ASEGURANZA QUE HAN INCURRIDO LOS NIÑO(S)?

\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

QUE PROPORCION DE GASTOS MEDICOS NO ASEGURADOS ESTA OBLIGADO A PAGAR EL DEUDOR?

\_\_\_\_\_ TODO \_\_\_\_\_ MITAD \_\_\_\_\_ OTRO

LA MAYORIA DE LAS ORDENES DE LA CORTE REQUIEREN QUE AMBOS PADRES PAGUEN LA MITAD DE LOS GASTOS MEDICOS QUE LA ASEGURANZA NO PAGA POR LOS NIÑOS. LA MAYORIA DE LAS CORTES TAMBIEN REQUIEREN QUE EL PADRE (O MADRE) QUE TIENE DICHOS GASTOS ENVIE UNA COPIA DE LA CUENTA, RECIBO, ETC. AL OTRO PADRE EN UN CIERTO PERIODO DE TIEMPO. SI ESTO NO SE HACE, EL OTRO PADRE PUEDE NO SER RESPONSABLE DE LOS GASTOS MEDICOS. ANTES QUE NOSOTROS PODEMOS AYUDARLE A REFORZAR ESTA PARTE DE LA ORDEN DE LA CORTE, USTED **DEBE** PROVEERNOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON RESPECTO A **UNA Y CADA** CUENTA MEDICA POR LA CUAL USTED QUIERE QUE SE LE REEMBOLSE. TAMBIEN **DEBE** PROVEER UNA COPIA DE CADA RECIBO, CUENTA, FACTURA, O CUALQUIER OTRA PRUEBA DE GASTOS MEDICOS. **NOSOTROS SOLAMENTE REFORZAREMOS POR LOS GASTOS PROPORCIONADOS CON ESTA APLICACIÓN. SI USTED NO NOS PROPORCIONA LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y COPIAS CON ESTA APLICACIÓN, NO PODREMOS REFORZARLOS POR US.**

USE EL SIGUIENTE FORMATO PARA ENUMERAR CUALQUIER GASTO MEDICO NO PAGADO:

FECHA DEL GASTO INCURIDO	SERVICIOS O PROPOSITO DEL GASTO INCURIDO	NOMBRE DEL NINO O NINA	CANTIDAD NO PAGADA POR LA ASEGURANZA	LA CANTIDAD QUE USTED PAGO	FECHA CUANDO SE LE ENVIO AL DEUDOR COPIAS DE LA CUENTA	CANTIDAD QUE EL DEUDOR LE PAGO	SUBTOTAL QUE EL DEUDOR DEBE
FECHA DEL GASTO INCURIDO	SERVICIOS O PROPOSITO DEL GASTO INCURIDO	NOMBRE DEL NINO O NINA	CANTIDAD NO PAGADA POR LA ASEGURANZA	LA CANTIDAD QUE USTED PAGO	FECHA CUANDO SE LE ENVIO AL DEUDOR COPIAS DE LA CUENTA	CANTIDAD QUE EL DEUDOR LE PAGO	SUBTOTAL QUE EL DEUDOR DEBE



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

---

NOMBRE DEL APLICANTE

---

FECHA DE LA FIRMA