



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

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 / titulo 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 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

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

APLICACION PARA REFORZAR RETENCION SALARIAL PARA MANUTENCION INFANTIL
CUOTA \$30.00

LEA, POR FAVOR, LA FORMA “**LOS CRITERIOS PARA LA ACEPTACION DE CASOS POR LA ORD**” QUE ESTA ADJUNTA A LA PARTE POSTERIOR DE ESTA APLICACION ANTES DE SOMETER LA APLICACION. LA COUTA **NO ES REEMBOLSABLE.**

NO. CAUSA _____ COMO SE ENTERO UD. DE ESTA OFICINA? _____

INFORMACION DE APLICANTES – (EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACION APLICANTE - (BENEFICIARIO):

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____
TELEFONO CASA:(____) _____
EMPLEO: _____
DIRECCION: _____

No. SEGURO SOCIAL: _____
LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____
ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
FECHA NACIMIENTO: _____
TELEFONO:(____) _____ HORAS: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____

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

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____
TELEFONO CASA:(____) _____
EMPLEO: _____
DIRECCION: _____

No. SEGURO SOCIAL: _____
LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____
ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____
FECHA NACIMIENTO: _____
TELEFONO:(____) _____ HORAS: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____

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 ORDEN DE CORTE PARA MANUTENCION INFANTIL

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

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

HA SIDO ENVIADA UNA ORDEN DE RETENCION DE SALARIO AL EMPLEO DEL DEUDOR? _____

SE ESTA RETENIENDO MANUTENCION INFANTIL DEL SALARIO DEL DEUDOR? _____

LISTE LOS PERIODOS DE PAGOS QUE UD. ALEGA SU EMPRESA HA VIOLADO LA ORDEN DE RETENCION SALARIAL (SI ES APLICABLE):

<u>FECHA DE PAGO</u>	<u>CANTIDAD A PAGAR</u>	<u>PAGO RECIBIDO</u>	<u>CANTIDAD RECIBIDA</u>

(Adjunte otra hoja si fuese necesario)

INFORMACION GENERAL

ES POLIZA DE ESTA OFICINA DE INTENTAR RESOLVER LAS DISPUTAS MEDIANTE COMUNICACION DIRECTA CON LAS PERSONAS INVOLUCRADAS. SI APARECE LA POSIBILIDAD DE UNA DISPUTA SOBRE LOS TERMINOS O APLICABILIDAD DE LA ORDEN DE RETENCION SALARIAL, SE ENVIARA UNA CARTA AL DEUDOR Y/O A LA EMPRESA PARA INTENTAR REVOLVER LA DISPUTA.

TODO ESFUERZO SERA REALIZADO PARA RESOLVER LA DISPUTA DE RETENCION SALARIAL SIN ACCION DE CORTE.

LA CUOTA DE **(\$30.00)** DEBE ACOMPAÑAR ESTA APLICACION Y UNA COPIA DE CUALQUIER ORDEN QUE DEBE SER REFORZADA.

ADVERTENCIAS

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, REPRESENTA SOLAMENTE A 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 REPRESENTE 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