



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 / 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 la 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 Pso, 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 PREPARACION/EMISION ORDEN PARA TERMINAR O REDUCIR 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:(____) _____ 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: _____

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: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

INFORMACION DE MANUTENCION INFANTIL ORDENADA POR LA CORTE

QUE ESTA SOLICITANDO (MARQUE UNO) ?

- TERMINAR LA ORDEN DE RETENCION
- REDUCIR LA ORDEN DE RETENCION

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, DE DONDE ES?

SI LA ORDEN ES DE OTRO CONDADO, HA SIDO TRANSFERIDA LA ORDEN AL CONDADO DE EL PASO ?

PORQUE CREE UD QUE TIENE DERECHO A UNA REDUCCION O TERMINACION DE LA CANTIDAD RETENIDA DE SU SALARIO? _____

INFORMACION GENERAL

ES POLIZA DE ESTA OFICINA 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 SALARIAL PARA LA MUTENCION INFANTIL Y SE ENVIARA UNA CARTA AL DEUDOR Y/O A LA EMPRESA POR UN INTENTO DE RESOLVER LA DISPUTA.

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

LA CUOTA DE (\$40.00 es solamente por la preperacion de la orden de terminar o reducir o \$70.00 por la preparacion de la orden de terminar o reducir 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 YA MENCIONADOS EN ESTA APLICACION.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA DE LA FIRMA