



ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN

Yo, _____, actualmente con domicilio en

Dirección de Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Condado de _____, Estado de la Florida,

Habiendo aplicado para beneficios al Estado de la Florida en conformidad con el Título XIX del Acta de Seguro Social y subdivisión 409.904(3), Estatutos de la Florida, y en consideración del recibimiento de tales beneficios, **entiendo que al aceptar dichos beneficios yo:**

1. Asigno al Estado de la Florida cualquier y todo derecho, reclamo, título e interés que yo tengo a cualquier manutención obligada debida, pendiente y será debida de mi conyugue,

Nombre de

Dirección de Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

2. Asigno al Estado de la Florida el derecho de mantener o enjuiciar cualquier y toda causa de acción legal para establecer, determinar o esforzar ordenes judiciales para mi manutención.

Además, entiendo que:

1. Esta asignación permanecerá a pleno rendimiento y en efecto mientras yo reciba cualquier beneficio del Estado de la Florida en conformidad al Título XIX del Acta de Seguro Social y subdivisión 409.904(3), Estatutos de la Florida, y permanecerá a pleno rendimiento y en efecto hasta que el Estado de la Florida sea reembolsado, hasta el alcance de mis derechos asignados, por cualquier y todo los pagos hecho a mi desde Octubre 1, 1989, y de aquí en adelante, o hasta que mi derecho, reclamo, título e interés in dicha manutención sea de otra manera terminada por ley.
2. La asignación será limitada por la cantidad el total de dólares proveídos a mi por el Estado de la Florida en conformidad con la ley federal susodicho.

TESTIGO, esta mi mano, este _____ día de _____.

Número de Medicaid: _____

Firma de Cliente/ Guardián Legal

Condado: _____

Testigo

Circuito/Región: _____