



## SOLICITUD DE OBTENCIÓN DE ALIMENTOS EN EL EXTRANJERO

- Convenio de Naciones Unidas sobre obtención de alimentos en el extranjero (Nueva York 1956)
- Convención Interamericana sobre Obligaciones Alimentarias (Montevideo 1989)
- Convenio bilateral

PAIS REQUERIDO		Nº DE BENEFICIARIOS INCLUIDOS EN LA SOLICITUD	
----------------	--	--	--

SE SOLICITA	<input type="checkbox"/> Iniciación de proceso de alimentos en el Estado requerido.
	<input type="checkbox"/> Ejecución de sentencia de alimentos dictada en el Estado requerido.
	<input type="checkbox"/> Ejecución de sentencia de alimentos dictada en el Estado requirente o un tercer Estado.

### I - DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A (En caso de que existan más de un beneficiario/a, incluir sus datos en Anexo II)

BENEFICIARIO/A Nº 1			
NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
RESIDENCIA HABITUAL	PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAIS	NÚMERO	CÓDIGO PAIS	NÚMERO
EMAIL			
PASAPORTE	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN

**EN CASO DE QUE EL/LA BENEFICIARIO/A SEA HIJO/A DEL DEUDOR ALIMENTARIO,  
FAVOR LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS  
( NO CORRESPONDE)**

**DATOS DEL PADRE DEL/DE LA BENEFICIARIO/A**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO		
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN		
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	

**DATOS DE LA MADRE DEL/DE LA BENEFICIARIO/A**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO		
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN		
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	

**II - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**  
(si la solicitud involucra más de un solicitante, incluir sus datos en Anexo III)

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO		
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
OCUPACIÓN				
RELACIÓN CON EL/LA BENEFICIARIO/A	<input type="checkbox"/> PADRE / <input type="checkbox"/> MADRE / <input type="checkbox"/> ABUELO/A <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR):			
IDIOMAS EN QUE SE COMUNICA	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL / <input type="checkbox"/> INGLÉS / <input type="checkbox"/> FRANCÉS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS / <input type="checkbox"/> ALEMÁN / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)			
DISPONIBILIDAD DE ASISTIR A AUDIENCIAS EN ESTADO REQUERIDO EN FORMA PERSONAL			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISPONIBILIDAD DE COMPARECER A AUDIENCIA EN ESTADO REQUERIDO POR VIDEOCONFERENCIA			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SOLICITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA EN ESTADO REQUERIDO			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**INFORMACIÓN SOBRE SU ASESOR LEGAL PRIVADO ( NO CORRESPONDE)**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
DIRECCIÓN DE SU OFICINA	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO		
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL (Obligatorio)				
PERSONA CON QUIEN SE CONTACTARÁ LA AUTORIDAD CENTRAL.			<input type="checkbox"/> ASESOR	<input type="checkbox"/> SOLICITANTE

### III – DEUDOR ALIMENTARIO

(si la solicitud involucra más de un deudor alimentario, incluir sus datos en Anexo IV)

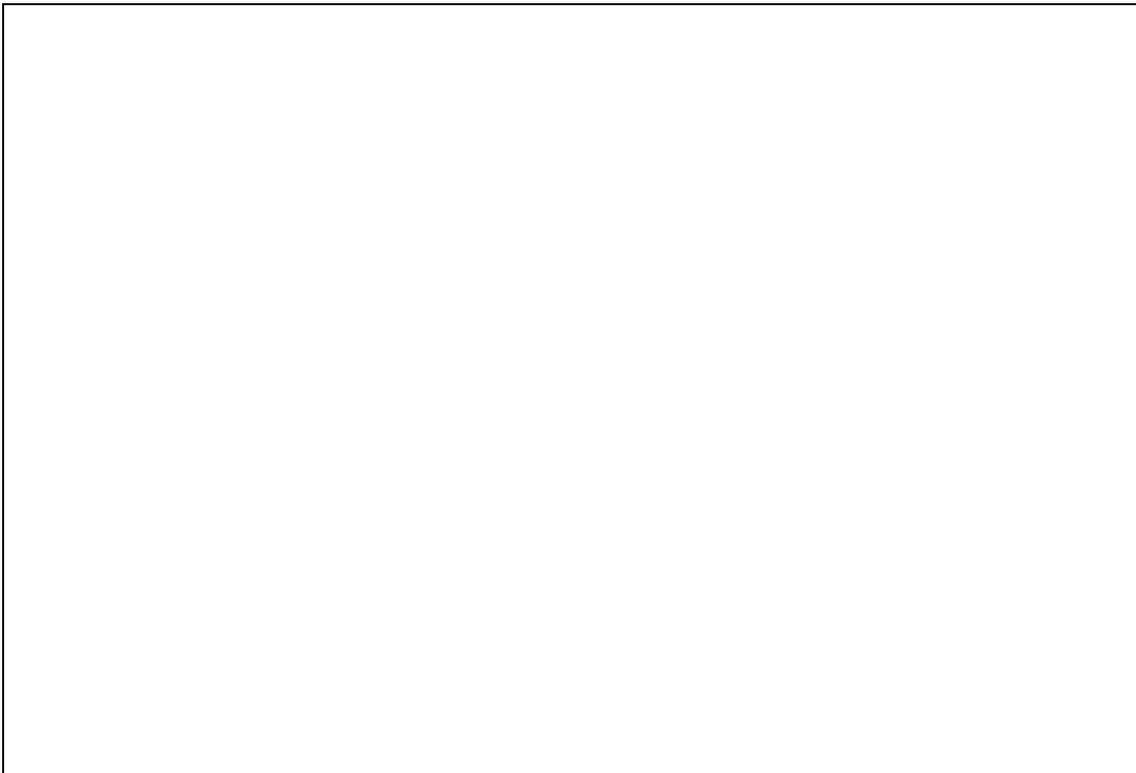
NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
DOMICILIO PERSONAL	PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO		
CÓDIGO PAIS	NÚMERO	CÓDIGO PAIS	NÚMERO	
EMAIL PERSONAL				
DENOMINACIÓN TRABAJO				
DOMICILIO LABORAL	PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO LABORAL		EMAIL LABORAL		
CÓDIGO PAIS	NÚMERO			
OTRA INFORMACIÓN LABORAL				
PASAPORTE	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
OCUPACIÓN				
RELACIÓN CON EL/LA BENEFICIARIO/A	<input type="checkbox"/> PADRE / <input type="checkbox"/> MADRE / <input type="checkbox"/> ABUELO/A <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR):			
IDIOMAS EN QUE SE COMUNICA	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL / <input type="checkbox"/> INGLÉS / <input type="checkbox"/> FRANCÉS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS / <input type="checkbox"/> ALEMÁN / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)			
DESCRIPCIÓN	ALTURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
	OTROS			
OTRA INFORMACIÓN UTIL PARA SU LOCALIZACIÓN				

**IV – DESCRIPCIÓN DE LOS MOTIVOS EN QUE FUNDA LA PRETENSIÓN**

**V – SITUACIÓN ECONÓMICA Y FAMILIAR DEL SOLICITANTE**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the applicant to describe their economic and family situation.

**VI – SITUACIÓN ECONÓMICA Y FAMILIAR DEL DEUDOR/ES ALIMENTARIO/S (SI LA CONOCE)**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the debtor to describe their economic and family situation, if known.

**VII- ¿HA RECIBIDO EL SOLICITANTE ALGUNA VEZ ALGÚN MONTO DE DINERO POR ALIMENTOS DE PARTE DEL DEUDOR ALIMENTARIO?  SI  NO.**

En caso afirmativo, indicar el importe y el período que cubre la cantidad recibida.

**VIII – LIQUIDACIÓN DE DEUDA DE ALIMENTOS ATRASADOS**

(Detalle de la deuda, especificando mes a mes, cuál es el monto de la suma fijada judicialmente, la suma pagada por el deudor y el saldo adeudado).

**IX - MONTO RECLAMADO DE PENSION ALIMENTICIA MENSUAL**

PESOS URUGUAYOS	DÓLARES AMERICANOS	EUROS
UYU	USD	EUR (€)

**X - PROCEDIMIENTOS JUDICIALES EN TRÁMITE**

<b>CIVIL</b>	<b>EN URUGUAY</b>	Juzgado	
		IUE	
		Detalle	
	<b>FUERA DE URUGUAY</b>	País	
		Juzgado	
		Nº Expte	
		Detalle	
	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> se ha iniciado previamente una causa judicial civil en relación con la/s persona/s beneficiaria/s involucrada/s en la presente solicitud.		

**XI - MEDIACIÓN**

<b>MEDIACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Solicito – en caso de que resulte posible de conformidad a la legislación del Estado requerido – que la Institución Intermediaria del Estado Requerido se comunice con la persona identificada en el numeral III (y eventualmente en el anexo III, de existir más de un deudor), a efectos de procurar un acuerdo entre las partes que posibilite el cobro de alimentos.
	<input type="checkbox"/> Solicito que se requiera el cobro de alimentos en forma judicial, <b>SIN procurar una mediación administrativa previa</b> realizada por la Institución Intermediaria del Estado requerido.

## XII – CUENTA DONDE CORRESPONDE REALIZAR EL PAGO DE ALIMENTOS

Indicar cuenta bancaria con código SWIFT o datos de giro postal

--

## XIII - DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Disposiciones del Código Civil Uruguayo.</li><li><input type="checkbox"/> Disposiciones del Código de la Niñez y la Adolescencia Uruguayo.</li><li><input type="checkbox"/> Fotografía/s del/de los beneficiarios/as</li><li><input type="checkbox"/> Fotografía del solicitante.</li><li><input type="checkbox"/> Fotografía del deudor/es alimentario/s</li><li><input type="checkbox"/> Partida de nacimiento del/de los beneficiarios hijos/as del deudor alimentario, legalizada o apostillada, según correspondiere <b>(obligatorio)</b>.</li><li><input type="checkbox"/> Partida de matrimonio de los padres del/de los beneficiarios hijos/as del deudor alimentario, legalizada o apostillada, según correspondiere.</li><li><input type="checkbox"/> Partida de matrimonio entre el solicitante y el deudor alimentario, legalizada o apostillada, según correspondiere.</li><li><input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio entre el solicitante y el deudor alimentario, legalizada o apostillada, según correspondiere.</li><li><input type="checkbox"/> Orden judicial en vigor, legalizada o apostillada, según correspondiere.</li><li><input type="checkbox"/> Acuerdo jurídicamente vinculante.</li><li><input type="checkbox"/> Documentación que acredite la residencia habitual del/de los beneficiario/s en el Uruguay. <b>(obligatorio)</b>.<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Certificado escolar.</li><li><input type="checkbox"/> Certificado médico.</li><li><input type="checkbox"/> Certificado de movimientos migratorios del/de los beneficiarios</li><li><input type="checkbox"/> Otros (Especificar)</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> En caso de que el beneficiario/a sea mayor de 18 años, comprobante de estar cursando estudios.</li><li><input type="checkbox"/> Formulario de asistencia legal gratuita.</li><li><input type="checkbox"/> Poder de representación especial.</li><li><input type="checkbox"/> Otros (Especificar):</li></ul>
---

## XI - INFORMACIÓN ADICIONAL

--

<p><b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b></p> <p>_____</p> <p>Aclaración: C.I.:</p>	<p><b>LUGAR Y FECHA</b></p> <p>Montevideo,</p>
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> <p style="text-align: center;"><b>AUTORIDAD CENTRAL DE COOPERACIÓN JURÍDICA INTERNACIONAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>AUTORIDAD CENTRAL DE COOPERACIÓN JURÍDICA INTERNACIONAL</b></p> <p><b>DIRECCIÓN</b> Reconquista 535, <u>Piso 5°</u> C.P. 11000 MONTEVIDEO – URUGUAY</p> <p><b>TELÉFONO</b> TELE/FAX (598) 2915 8836 TELE/FAX (598) 2915 9780</p> <p><b>E-MAIL:</b> <a href="mailto:menores@mec.gub.uy">menores@mec.gub.uy</a></p> <p><b>Dr. Daniel Trecca</b> (Jefe)</p> <p><b>Dra. María José Rodríguez</b> (Asesora legal)</p> <p><b>Dr. Manuel Ferreira</b> (Asesor legal)</p>

La solicitud debe ser firmado en la Autoridad Central del Uruguay o – en su defecto - con firma certificada por Escribano Público. El formulario y la documentación adjunta deberán ser traducidos al idioma del país en el que se domicilie el deudor alimentario.

ANEXO I

PODER DE REPRESENTACIÓN

El/La Sr/Sra. \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_ con profesión \_\_\_\_\_ y domiciliado/a en \_\_\_\_\_ de conformidad con lo dispuesto por el art. 3 del Convenio de 20 de junio de 1956, firmado en Nueva York, sobre la obtención de alimentos en el Extranjero, **OTORGO PODER** a la **Institución Intermediaria de** \_\_\_\_\_ o a la persona designada por ésta, con el fin de que se efectúen todos los actos administrativos y/o judiciales necesarios para demandar alimentos y/o reconocer y/o ejecutar una sentencia de alimentos en favor de \_\_\_\_\_ a efectos de lograr su efectivo cobro; incluyéndose la posibilidad de llegar a un acuerdo transaccional con el demandado,

El presente Poder otorga facultades de representación y negociación, pero cualquier decisión extrajudicial distinta a los términos planteados en la solicitud adjunta, deberá requerir el expreso consentimiento del poderdante.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el / /

FIRMA OTORGANTE: \_\_\_\_\_

CERTIFICA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN:

ACLARACIÓN:

(Debe ser firmado en la Autoridad Central del Uruguay o con firma certificada por Escribano Público.)

**ANEXO II**  
**OTROS BENEFICIARIOS/AS**

<b>BENEFICIARIO N° 1</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRES</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>PAÍS DE NACIMIENTO</b>		
<b>NACIONALIDAD</b>		<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> <b>MASCULINO</b>	<input type="checkbox"/> <b>FEMENINO</b>
<b>RESIDENCIA HABITUAL</b>	<b>PAIS</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>TELÉFONO CELULAR</b>		<b>TELÉFONO FIJO</b>		
<b>CÓDIGO PAIS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>CÓDIGO PAIS</b>	<b>NÚMERO</b>	
<b>EMAIL</b>				
<b>PASAPORTE</b>	<b>PAIS EMISOR</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	<b>PAIS EMISOR</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>FECHA DE EXPIRACIÓN</b>	

EN CASO DE QUE EL/LA BENEFICIARIO/A SEA HIJO/HIJA DEL DEUDOR ALIMENTARIO, FAVOR LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS  
( NO CORRESPONDE)

**DATOS DEL PADRE DEL/DE LA BENEFICIARIO/A**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO		
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN		
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	

**DATOS DE LA MADRE DEL/DE LA BENEFICIARIO/A**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO		
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN		
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	

**ANEXO III**

**OTROS SOLICITANTES**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
DOMICILIO	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO		
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL				
PASAPORTE	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
OCUPACIÓN				
RELACIÓN CON EL/LA BENEFICIARIO/A	<input type="checkbox"/> PADRE / <input type="checkbox"/> MADRE / <input type="checkbox"/> ABUELO/A <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR):			
IDIOMAS EN QUE SE COMUNICA	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL / <input type="checkbox"/> INGLÉS / <input type="checkbox"/> FRANCÉS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS / <input type="checkbox"/> ALEMÁN / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)			
DISPONIBILIDAD DE ASISTIR A AUDIENCIAS EN ESTADO REQUERIDO EN FORMA PERSONAL		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DISPONIBILIDAD DE COMPARECER A AUDIENCIA EN ESTADO REQUERIDO POR VIDEOCONFERENCIA		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
SOLICITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA EN ESTADO REQUERIDO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**INFORMACIÓN SOBRE SU ASESOR LEGAL PRIVADO ( NO CORRESPONDE)**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
DIRECCIÓN DE SU OFICINA	PAÍS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO FIJO		
CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	CÓDIGO PAÍS	NÚMERO	
EMAIL (Obligatorio)				
PERSONA CON QUIEN SE CONTACTARÁ LA AUTORIDAD CENTRAL.	<input type="checkbox"/> ASESOR <input type="checkbox"/> SOLICITANTE			

**ANEXO IV**  
**OTROS DEUDORES ALIMENTARIOS**

NOMBRE	APELLIDOS		NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
DOMICILIO PERSONAL	PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO	
CÓDIGO PAIS	NÚMERO	CÓDIGO PAIS	NÚMERO	
EMAIL PERSONAL				
DENOMINACIÓN TRABAJO				
DOMICILIO LABORAL	PAIS	CIUDAD	DIRECCIÓN	
TELÉFONO LABORAL			EMAIL LABORAL	
CÓDIGO PAIS	NÚMERO			
OTRA INFORMACIÓN LABORAL				
PASAPORTE	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS EMISOR	NÚMERO	FECHA DE EXPIRACIÓN	
OCUPACIÓN				
RELACIÓN CON EL/LA BENEFICIARIO/A	<input type="checkbox"/> PADRE / <input type="checkbox"/> MADRE / <input type="checkbox"/> ABUELO/A <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR):			
IDIOMAS EN QUE SE COMUNICA	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL / <input type="checkbox"/> INGLÉS / <input type="checkbox"/> FRANCÉS / <input type="checkbox"/> PORTUGUÉS / <input type="checkbox"/> ALEMÁN / <input type="checkbox"/> ITALIANO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICAR)			
DESCRIPCIÓN	ALTURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
OTRA INFORMACIÓN UTIL PARA SU LOCALIZACIÓN	OTROS			