

SOLICITUD DE PADRE/MADRE SIN LA CUSTODIA PARA UNA REVISIÓN ADMINISTRATIVA

La ley de Arizona permite que usted solicite a la División de Sustento de Menores una revisión administrativa si DCSE toma una acción en su contra. Si usted desea solicitar una revisión administrativa usted debe llenar este formulario y regresarlo a la dirección de abajo, con una copia del aviso que usted recibió dentro del número de días que se indican en el aviso. **USTED NO PUEDE SOLICITAR UNA REVISIÓN ADMINISTRATIVA POR TELÉFONO.**

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. ATLAS _____ Fecha de la Acción _____

Estoy solicitando una revisión administrativa porque DCSE tomó la siguiente acción en mi contra:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Embargo de reembolso de impuesto federal | <input type="checkbox"/> Propiedad de bienes raíces o gravamen de la División de Vehículos Automotores |
| <input type="checkbox"/> Embargo de reembolso de impuesto estatal | <input type="checkbox"/> Ganancias de lotería |
| <input type="checkbox"/> Embargo de beneficios de seguro de desempleo | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Suspensión o modificación de orden de retención de ingresos | <input type="checkbox"/> Compensación federal administrativa |
| <input type="checkbox"/> Información de crédito | <input type="checkbox"/> Denegación de pasaporte |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de licencia para conducir / profesional | <input type="checkbox"/> Orden de retención de ingresos |
| <input type="checkbox"/> Orden de retención de ingresos limitados | <input type="checkbox"/> Incautación de cuenta bancaria |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de derechos de sustento a otro/a beneficiario/a | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de apoyo médico |

Razón por la que estoy solicitando una revisión Administrativa (*se debe adjuntar pruebas para cualquiera de estas razones*):

- Esto es un error de identidad.
- El/la(los/las) niño/a(s) está(n) emancipado/a(s), falleció(fallecieron) o fue(ron) adoptado/a(s).
- No debo **ningún** sustento atrasado.
- Mi orden judicial se cambió, los archivos de DCSE no indican estos cambios.

He adjuntado la siguiente información para demostrar mi reclamo:

- Cheques cancelados o recibo(s) de pagos de sustento de menores hechos directamente al otro padre.
- Declaración(es) firmadas/notariadas por la persona con la custodia sobre pagos directos.
- Certificados de nacimiento/defunción/matrimonio
- Orden judicial con un cambio en la cantidad de sustento de menores, un cambio en la custodia o una adopción
- Documento(s) de la escuela o de una guardería infantil demostrando que yo tengo la custodia física.
- Otro(s) documento(s) que ayudarán a DCSE _____

Firma de la persona solicitando una revisión administrativa

ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A: DCSE Administrative Review Unit
P.O. Box 40408
Phoenix, AZ 85067
Fax: 602-771-8398

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese a la División de Sustento para Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.