Remueva el formulario

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
DIVISION OF CHILD SUPPORT ENFORCEMENT
Janice K. Brewer (602) 252-4045 P.O. BOX 40458 PHOENIX, ARIZONA 85067 Clarence H. Carter
Governor Director

SOLICITUD PARA CERRAR EL CASO DE SUSTENTO DE MENORES

Llene este formulario para solicitar que se cierre su caso de sustento de menores. Este formulario SE DEBE firmar ante un notario. Si necesita un notario, cualquier oficina local de sustento de menores tiene un notario disponible gratis. Cuando DCSE reciba su solicitud completa cerraremos su caso. Si es apropiado, DCSE ordenará que el Secretario de su Tribunal local abra un caso. Cualquier pago recibido de sustento de menores todavía se pagará a través de State Disbursement Unit (Clearinghouse) (la Unidad Estatal de Desembolso (Centro de Información y Ayuda). Si desea los servicios de DCSE más adelante, es necesario volver a hacer una solicitud.

Nombre_____Número de Teléfono_____

Dirección _____

Ciudad_____ Estado _____Código Postal _____

RE: Núm. de Caso ATLAS_____ Fecha de Hoy _____

Quisiera cerrar mi caso con la División de Sustento de Menores (DCSE). Entiendo que si deseo servicios en el futuro, tengo que volver a hacer una solicitud con DCSE. Entiendo que al cerrar mi caso con DCSE, no se puede informar a agencias de crédito, embargar activos, hacer retención automática de ingresos, interceptar impuestos y lotería, y que los servicios de localización sólo se proveerán por medio de otro proceso de solicitud separado y el pago de una tarifa.

Entiendo que a menos que llene una nueva solicitud para los servicios de sustento de menores, DCSE no tomará más medidas en mi caso a menos que el/la(los/las) hijo/a(s) en este caso reciba(n) beneficios de TANF. DCSE tiene el derecho de tratar de conseguir cualquier TANF pendiente que se haya pagado para el sustento de mi(s) hijo/a(s).

_____ _____
Firma de la persona que pide cerrar el caso Fecha

Estado de _____)
) ss
Condado de _____)

Suscrito y jurado o certificado y reconocido ante mí en esta fecha: _____

_____
Firma del Notario

Mi poder vence: _____

ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A: DCSE , P.O. Box 40458, Phoenix, AZ 85067

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.