



Douglas A Ducey
Governor

Michael Traylor
Director

DIVISION OF CHILD SUPPORT SERVICES
(602) 252-4045 P.O. BOX 40458 PHOENIX, ARIZONA 85067

**REQUEST TO CLOSE CHILD SUPPORT CASE /
SOLICITUD PARA CERRAR EL CASO DE SUSTENTO DE MENORES**

Complete this form to request your child support case to be closed. This form MUST be signed in front of a notary public. If you need a notary, any local child support office has a notary available free of charge. When DCSS receives your completed request we will close your case. If appropriate, DCSS will instruct your local Clerk of Court to open a case. Any payments received for child support will still be paid through the centralized State Disbursement Unit (Clearinghouse). If you want DCSS services at a later time, you will need to reapply.

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 DCSS reciba su solicitud completa cerraremos su caso. Si es apropiado, DCSS 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 DCSS más adelante, es necesario volver a hacer una solicitud.

Name / Nombre _____ Phone Number / Número de Teléfono _____

Address / Dirección _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código Postal _____

RE: ATLAS Case No. / Today's Date /
RE: Núm. de Caso ATLAS _____ Fecha de Hoy _____

I want to close my case with the Division of Child Support Services (DCSS). I understand that if I want services in the future, I must reapply with DCSS. In understand that by closing my case with DCSS credit reporting, asset seizure, automatic income withholding, tax and lottery intercepts cannot be done and locate services will only be provided through a separate application process and payment of a fee.

Quisiera cerrar mi caso con la División de Servicios de Sustento para Menores al (DCSS). Entiendo que si deseo servicios en el futuro, tengo que volver a hacer una solicitud con DCSS. Entiendo que al cerrar mi caso con DCSS, 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.

I understand that unless I complete a new application for child support services, no more action will be taken on my case by DCSS unless the child(ren) of this case receive TANF benefits. DCSS has the right to seek any unpaid TANF that has been paid for the support of my child(ren).

Entiendo que a menos que llene una nueva solicitud para los servicios de sustento de menores, DCSS 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. DCSS tiene el derecho de tratar de conseguir cualquier TANF pendiente que se haya pagado para el sustento de mi(s) hijo/a(s).

Signature of person requesting case closure / Firma de la persona que pide cerrar el caso _____ Date / Fecha _____

State of / Estado de _____)
County of / Condado de _____) ss

Subscribed and sworn or affirmed and acknowledged before me this date:
Suscrito y jurado o certificado y reconocido ante mí en esta fecha: _____

My commission expires:
Mi poder vence: _____

Signature of Notary Public / Firma del Notario _____

**SEND COMPLETED FORMS TO: / ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A:
DCSS , P.O. Box 40458, Phoenix, AZ 85067**

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request.

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. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.