

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

La ley de Arizona permite que usted solicite a la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS por sus siglas inglés) una revisión administrativa si DCSS 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 _____ Correo electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Núm. ATLAS _____ Fecha de la Acción _____

Estoy solicitando una revisión administrativa porque DCSS 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).
- Mi orden judicial se cambió, los archivos de DCSS 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 legal.
- Otro(s) documento(s) que ayudarán a DCSS _____

Firma de la persona solicitando una revisión administrativa

Fecha

**ENVÍE LOS FORMULARIOS COMPLETOS A: DCSS 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 Servicios 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.