

Rec_Name_Full
C/O 2321
Rec_Addr_CSZ

September 26, 2024



DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Your Partner For A Stronger Arizona

Katie Hobbs
Governor

Angie Rodgers
Director

RE: CPP_NAME_FULL and NCP_NAME_FULL
AZCARES No.: CAS_ID_CASE

Usted tiene una cita para presentarse en la División de Servicios de Sustento para Menores para discutir el establecimiento de sustento para los siguientes niños:

<u>Nombre (s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
CHP01_NAME_FULL	
CHP02_NAME_FULL	
CHP03_NAME_FULL	
CHP04_NAME_FULL	

Lugar: EVT_NAME_BUS

EVT_ADDR_BUS_CSZ

Fecha:

Hora:

Si usted no se presenta a esta conferencia, se puede presentar una demanda en su contra. Se le solicitará al Tribunal que le ordene a usted pagar por todos los costos incurridos, incluyendo los costos por servicios y los honorarios de abogado.

Por favor traiga lo siguiente:

- La declaración jurada adjunta que usted debe completar antes de la cita.**
- Copias de sus declaraciones de impuestos de ingresos federales y estatales (personales, de sociedades, y sociedades anónimas) así como apéndices, anexos, W-2s y 1099s, de los últimos tres años.
- Copias de sus talons de pagos o declaraciones de sus ganancias de los últimos dos meses.
- Las declaraciones más recientes mostrando la cantidad de los pagos de cualquier beneficio, tal como, seguro social, SSI, AFDC, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, ingresos de fideicomisos, beneficios de jubilaciones y similares.



5. Prueba de la disponibilidad de cobertura de seguro medico realmente pagados por usted a beneficio de los niños menores. Dicha verificación puede incluir una carta de su empleador o asegurador, u otra prueba apropiada.
6. Prueba de la disponibilidad de cobertura de seguro médico, el costo de la cobertura disponible, las personas par alas que usted está suministrando seguro medico, el costo real, la compañía aseguradora y el número de póliza.
7. Documentos de pagos, o talons de cheques ce los pasados doc emeses, mostrando sus pagos de sustento para niños que non son los niños para los que se busca sustento en este procedimiento.
8. Prueba de pagos directos de sustento que usted desea que le reconozcan,
9. Usted debe traer Identificación con Foto a su cita.

SI USTED ES MENOR DE EDAD, DEBE VENIR CON UN PADRE O CON SU GUARDIÁ LEGAL A LA CITA

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con el Servicio al Cliente de DCSS al (602) 252-4045 (dentro de Condado de Maricopa), o gratis al 1-800-882-4151, ó Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. También puede ponerse en contacto con nosotros por e-mail en el sitio web de DCSS en www.azdes.gov/dcss.

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Child Support Services at (602) 252-4045; TTY/TDD Services: 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la División de Servicios de Sustento para Menores al (602) 252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office.

