

FCSE0001F0665001 001428730400 13 06  
DCSS - SOUTH MCPA  
PO BOX 40458  
PHOENIX, AZ 85067-0458

(602) 252-4045

CUSTODIAL TEST TEST  
1901 W MADISON ST APT 00000  
PHOENIX, AZ 85009-5287

April 7, 2025

DRAFT



Katie Hobbs  
Governor



Michael Wisehart  
Director

**AFFIDAVIT OF RECEIPT OF DIRECT PAYMENTS  
AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS**

**My name is:**

*Mi nombre es:*

CUSTODIAL TEST TEST

**I receive support in AZCARES case number:**

*Yo recibo sustento en número de caso AZCARES*

001428730400

**The court case number is:**

*El número de caso de tribunal es:*

**Court county and state:**

*El condado y estado del tribunal:*

**Name of person obligated to pay support:**

*Nombre del padre obligado de pagar sustento:*

NONCUSTODIAL ATLAS TEST

**I am completing this Affidavit of Receipt of Direct Payments voluntarily, and not under duress or as a result of any coercion or threats made by anyone. I also understand that once this Affidavit is signed, notarized and delivered to the Division of Child Support Services (DCSS), it is IRREVOCABLE and I cannot change my mind.**

*Yo lleno Afidávit del Recibo de Pagos Directos, de manera voluntaria y no bajo dispensa de coacción ni de resultas coacción ni porque me han amenazado. Además, entiendo que una vez que lo firme y haga certificado por notario el Afidávit del Recibo de Pagos Directos y se le haga entregado a la División de Sustento para Menores (DCSS), SERÁ IRREVOCABLE yo no puedo cambiar de parecer.*

**I understand that DCSS and its agents do not represent me in this matter and that I can consult an attorney before executing this Affidavit of Receipt of Direct Payments, and that I have had the opportunity to consult an attorney before signing this Affidavit.**

*Yo entiendo que la DCSS y sus agentes no me representan en este asunto y que antes de llevar a cabo el Afidávit del Recibo de Pagos Directos, yo puedo consultar con un abogado y que se me ha dado la oportunidad de consultar con un abogado antes de firmar este Afidávit del Recibo del Pagos Directos.*



I, **CUSTODIAL TEST TEST** hereby swear or affirm that the attached record correctly reflects payments made directly to me by the Obligor, **NONCUSTODIAL ATLAS TEST** and **NOT THROUGH THE CLEARINGHOUSE.**

Yo, **CUSTODIAL TEST TEST** por la presente, juro y afirmo que el expediente adjunto refleja correctamente los pagos que me dio directamente el padre obligado, y **NO POR MEDIO DEL CENTRO DISTRIBUIDOR.**

I hereby give the Obligor credit for direct support payments in the total amount of:

Yo por este medio acredito al padre obligado los pagos de sustento para menores que se me hicieron directamente por una cantidad total de \$ \_\_\_\_\_

**Begin Date for period of credit / Fecha en que empieza el periodo de crédito:** \_\_\_\_\_

**End date for period of credit / Fecha en que termina el periodo de crédito:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Obligee / Firma del padre / persona obligante

\_\_\_\_\_  
Affirmed before me on / Declarado ante de mí el:

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Deputy Clerk of Court or Notary Public  
Secretario deputado del tribunal o notario público

My commission expires / seal:



**AFFIDAVIT OF RECEIPT OF DIRECT PAYMENTS / AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS**  
**DIRECT PAYMENTS MADE BY YEAR / PAGOS DIRECTOS EFECTUADOS POR AÑO:**

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_

YEAR/AÑO \_\_\_\_\_  
 January/Enero \_\_\_\_\_  
 February/Febrero \_\_\_\_\_  
 March/Marzo \_\_\_\_\_  
 April/Abril \_\_\_\_\_  
 May/Mayo \_\_\_\_\_  
 June/Junio \_\_\_\_\_  
 July/Julio \_\_\_\_\_  
 August/Agosto \_\_\_\_\_  
 September/Septiembre \_\_\_\_\_  
 October/Octubre \_\_\_\_\_  
 November/Noviembre \_\_\_\_\_  
 December/Diciembre \_\_\_\_\_  
**TOTAL** \_\_\_\_\_



## INSTRUCTIONS FOR AFFIDAVIT OF RECEIPT OF DIRECT PAYMENTS

## INSTRUCCIONES PARA EL AFIDÁVIT DEL RECIBO DE PAGOS DIRECTOS

The Support Recipient (Obligee) for a child support case should complete the Affidavit of Receipt of Direct Payments when he or she has received support payments directly from the Support Payor (Obligor) on their case.

El Beneficiario De La Ayuda (Obligante) de un caso de sustento para menores debe de llenar el Afidávit del Recibo de Pagos Directos cuando él o ella ha recibido pagos directamente de la Persona que Paga (Obligado) en su caso.

Completing and sending the Affidavit of Receipt of Direct Payments helps the Division of Child Support Services (DCSS) keep accurate balances of money owed to the Support Recipient/Obligee.

El llenar y enviar el Afidávit del Recibo de Pagos Directos ayuda a la División de Sustento para Menores (DCSS) a mantener balances precisos de dinero debido al Beneficiario De La Ayuda/Obligante.

On the second page of the form, the Support Recipient/Obligee must enter the amount of support payments that were received directly from the Support Payor/Obligor in the month and YEAR received.

En la página segunda del formulario, el Beneficiario De La Ayuda/Obligante debe anotar la cantidad de pagos de sustento que se hubo recibido directamente de la Persona que Paga/Obligado en el mes y año recibido.

This form must be signed in front of a notary public by the Support Recipient/Obligee and the Support Payor/Obligor.

Se debe firmar este formulario ante de un notario público por ambos el Beneficiario De La Ayuda/Obligante y la Persona que Paga/Obligado.

The Affidavit of Receipt of Direct Payments is a sworn statement by the Support Recipient/Obligee that the form was completed voluntarily, and that the amounts entered on the form are accurate.

El Afidávit del Recibo de Pagos Directos es una declaración jurada por el Beneficiario De La Ayuda/Obligante que el formulario fue llenado voluntariamente, y que las cantidades anotadas en el formulario son precisas.

### WARNING!

It is extremely important that you do not report payments that were made to you through the Clearinghouse or the Clerk of the Court on this Affidavit. Doing so could result in crediting the same payment twice. If you have any doubts, you may want to obtain a copy of the official pay history in your case prior to completing this Affidavit.

### ¡ADVERTENCIA!

Es de suma importancia que usted no informe de pagos efectuados a usted mediante el Centro Distribuidor o el Secretario del Tribunal en este Afidávit. El hacerlo puede dar como resultado abonar el mismo pago dos veces. Si tiene usted algún dudo, quizá usted quiera obtener una copia de la historia oficial de pagos en su caso antes de llenar esta Afidávit.

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. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including

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



making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. 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. • Free language assistance for DES services is available upon request.

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.

DRAFT

