

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

October 18, 2024

Katie Hobbs
Governor



Angie Rodgers
Director

RE: CUSTODIAL TEST TEST and NONCUSTODIAL ATLAS TEST
AZCARES No.: 001428730400

Carta de Emancipación para el Beneficiario de la Ayuda

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) está en el proceso de actualizar la información en su caso. Nuestros registros indican que CHILD TEST, ha cumplido 18 años de edad, o va a cumplir 18 dentro de los próximos 120 días. Si CHILD TEST se ha graduado de la secundaria u obtenido un diploma certificado equivalente, por favor provea esa fecha para nuestros registros.

Fecha de Graduación O Fecha cuando se Obtuvo Diploma Equivalente: _____

Si este niño/a actualmente está asistiendo a la secundaria o a un programa equivalente certificado, por favor provea una verificación escolar en su membrete indicando la fecha esperada de graduación de su niño/a.

Esta información es muy importante y debe ser regresada a nuestra oficina dentro de 10 días desde la fecha de esta carta. Si usted no regresa la información solicitada, puede dejar de recibir pagos actuales del sustento de menores y la DCSS puede cerrar su caso.

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/dcsc.

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.



10/18/2024

DECLARACIÓN SOBRE ASISTENCIA ESCOLAR

Nombre: CHILD TEST

Número de Caso de AZCARES:001428730400

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

(Para cambio de dirección, suprima a través de la dirección imprimida e inserte la nueva dirección.)

1. ¿CHILD TEST está asistiendo a la escuela actualmente? _____ Sí _____ NO

(Nota: Si usted está llenando este formulario durante el periodo de vacaciones del verano y su hijo/a estuvo en asistencia y continuara con la escuela en el otoño, usted deberá contestar SÍ a esta pregunta.)

2. Nombre y Dirección de Escuela: _____

3. Tipo de Programa Escolar: (por ejemplo, Secundaria, Certificado de Formación Educativa General [GED]) _____

4. Fecha esperada de graduación: Mes _____ Día _____ Año _____

5. Nombre y firma del padre:

Nombre en Letra Imprinta

Firma

Número de Teléfono del Padre Durante el Día: _____

6. Nombre y firma del niño/a, si tiene 18 años de edad.

Nombre en Letra Imprinta

Firma

Número de Teléfono del Niño/a Durante el Día: _____



10/18/2024

**Asunto: 001428730400
CUSTODIAL TEST TEST and NONCUSTODIAL ATLAS TEST
CHILD TEST**

DECLARACIÓN SOBRE ASISTENCIA ESCOLAR

CERTIFICACIÓN POR FUNCIONARIO ESCOLAR

Yo afirmo que dicho niño/a está matriculado/a en la escuela listada a continuación

Nombre y Dirección de Escuela: _____

Tipo de Programa Escolar: (por ejemplo Secundaria, Certificado de Formación Educativa General [GED]) _____

Firma del Funcionario Escolar:

Nombre

Firma

Cargo

Fecha

Número de Teléfono de Contacto: () _____

Regrese a:
DCSS - SOUTH MCPA
PO BOX 40458
PHOENIX, AZ 85067-0458

