

NONCUSTODIAL TEST
C/O NONCUSTODIAL TEST
125 MAIN STREET
MESA, AZ 85201

October 22, 2024

Katie Hobbs
Governor



Angie Rodgers
Director

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

DCSS Solicitud de reducción de la deuda

¡IMPORTANTE! Usted solo puede solicitar una reducción de su deuda por atrasos que se deben al Estado de Arizona. Atrasos que dé deben a el padre que tiene custodia (CP) no son elegibles para reducción.

Si usted piensa que tiene buenas razones para que la División de servicios de manutención le reduzca su cuenta que debe al estado, por favor llene toda la información en esta solicitud, y devuelva a su oficina de DCSS más cercana a usted. Puede incluir más páginas si necesita más espacio. El departamento de manutención puede pedirle que llene más papeleo o que proporcione prueba de esta información. Personal de DCSS puede solicitar una junta con usted en persona o por teléfono.

Estoy pidiendo una reducción de deuda como resultado de las razones siguiente(s) (marque todas las que apliquen):

- Cambio continuos de custodia
 - El (los) niño está viviendo conmigo; o
 - El (los) niño está viviendo con alguien más que el padre (madre) de custodia; o
 - Yo vivo con el padre (madre) de custodia y los niños en el mismo hogar..

- Determinación de discapacidad por un medico
 - Tengo una discapacidad permanente y/o;
 - Recibo incapacidad del seguro social (SSD), ingresos de seguro social (SSI) o beneficios de Veteranos.

- Gastos médicos extraordinarios
 - Debo una cantidad grande de gastos médicos míos y/o de un miembro de mi familia

- Sin hogar
 - hogar o estado viviendo en un refugio para indigentes por más de treinta (30) días



[] Encarcelamiento

- Yoestoy actualmente encarcelado (Desde: _____ Hasta: _____)
- Estuvo encarcelado (Desde: _____ Hasta: _____)

[] Desempleado/Jubilado

- Estoy desempleado, y ya use todos mis beneficios de desempleo y tengo ingresos limitados.
- Estoy jubilado y vivo en ingresos fijos.

DRAFT



DCSS Solicitud de Reducción de Deuda (continuación)

Su solicitud de perdón de deuda debe incluir esta DCSS Solicitud de Reducción de Deuda y una Declaración Jurado de Finanzas completa. Adicionalmente, dos (2) copias de sus más recientes talones de pago y copias de tres (3) años de su declaración de impuesto federales, si disponibles.

SU INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Número de licencia de manejar o de identificación del estado
Dirección			
Correo electrónico	Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	
Número (s) ATLAS o número (s) de expediente			
Mejor manera de contactarlo?			

Firmando esta solicitud de reducción de deuda, usted da a DCSS la autoridad de solicitar su informe de crédito al consumidor. Usted acepta que DCSS podrá usar su reporte de crédito para recopilación y ejecución de su orden de manutención de menores. Esta autorización no se expira y cualquier revocación debe hacerse por escrito a DCSS.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y precisa según entiendo y creo. Entiendo que si fallo a proporcionar información completa o si proporciono información falsa, mi solicitud para reducción de deuda será negada. Entiendo que DCSS puede continuar acciones de ejecución mientras que mi solicitud de reducción de deuda está bajo de consideración.

Tenga en cuenta que si su deuda pública es descargada en base de información incorrecta, incompleta, engañosa o falsa DCSS pues reintegrar su deuda (añadir a su deuda total de manutención).

Firma de _____ Fecha _____
Solicitante

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.



Su situación financiera actual

¿Tiene usted una cuenta de ahorros, de cheques, u otra cuenta de no-jubilación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, suma total de todas sus cuentas: \$ _____ A partir de la fecha: _____
¿Tiene usted cuenta de jubilación tal como 401(k)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, suma total de su cuenta de jubilación: \$ _____ Fecha: _____
¿Tiene usted una discapacidad u otros problemas de salud que le impiden trabajar de tiempo completo, o de trabajar totalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, por favor proporcione comprobantes.
¿Recibe usted pagos de seguro social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, favor de proporcionar copia de su carta de adjudicación u otra prueba con esta solicitud y complete lo siguiente: Fecha que comenzó a recibir pagos: _____ Monto del pago \$ _____ Tipo de pagos: SSD SSI Jubilación
¿Está usted actualmente discapacitado conforme la Administración de Seguro Social (SSA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, favor de proporcionar comprobante.
¿Está usted recibiendo beneficios de veteranos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, favor de proporcionar copia de su carta de adjudicación u otra prueba con esta solicitud y complete lo siguiente: Fecha que comenzó a recibir pagos: _____ Monto del pago \$ _____
¿Recibe usted actualmente asistencia pública (TANF, AHCCCS o Cupones de Alimentos, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ Sí, que tipo de asistencia? _____
¿Espera usted recibir dinero de un testamento, de un estado, o fideicomiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted actualmente viviendo en un refugio para indigentes o está tomando parte en un programa de indigentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, cuanto tiempo: _____
¿Está usted dispuesto a tomar una clase de finanzas o presupuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted dispuesto a asistir a un programa de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Proporciona usted apoyo no monetario (por ejemplo: transportación, ropa, etc.) a sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuánto puede usted para la manutención de hijos actual? \$ _____ /mes
¿Cuánto puede usted pagar asía su apoyo debido? \$ _____ /mes

