

March 21, 2018



Douglas A. Ducey  
Governor

Michael Traylor  
Director

RE: and  
ATLAS No.:

### **Causa Justa - Daño Físico O Emocional**

La División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS) ha recibido autorización bajo el Estatuto Revisado de Arizona A.R.S. § 46-292 para cerrar un caso cuando se ha determinado que la continuación del caso podría resultar en un daño físico o emocional para usted o su(s) hijo(s) y que el cumplimiento del sustento podría no beneficiarle. Esto se conoce como **Determinación de Causa Justa**. Dicha determinación se ha tomado en su caso. En casos en los que hay evidencia razonable de violencia doméstica o abuso de menores, las normas Federales requieren que su caso se marque con un Indicador de Violencia Familiar. Esto le permitirá a DCSS mantener la identificación personal que lo identifica, como sus números de seguro social, fechas de nacimiento, y dirección postal/de domicilio, protegida y no darla a conocer mientras continuamos trabajando en su caso.

De acuerdo a la determinación de Causa Justa, usted puede elegir de permitir que DCSS continúe trabajando en su caso de sustento de menores o cerrar su caso. DCSS puede continuar suministrando servicios mientras su información personal se mantiene confidencial. Por favor complete la declaración jurada que se adjunta y devuélvala a la siguiente dirección dentro de treinta (30) días para hacerle saber a DCSS si usted desea que su caso de Sustento de Menores se cierre o si desea que DCSS continúe trabajando en su caso. Si usted no devuelve la declaración jurada verificada por un notario dentro de los treinta días que se permiten, su caso será cerrado.

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. También puede ponerse en contacto con nosotros por e-mail en el sitio web de DCSS en [www.azdes.gov/dcss](http://www.azdes.gov/dcss).

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación a Edad de 1975, y el Título II de la Ley contra Discriminación a base de Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) del año 2008, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, incapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al (602) 252-4045, Servicios de

TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English at the local office.

SAMPLE



DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
*Your Partner For A Stronger Arizona*

Fqw i rcu"COF weg{"  
Governor"  
March 21, 2018

Michael Traylor  
Director

**Declaración Jurada De Cierre Por Causa Justa**

Re: y  
ATLAS Case No:

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que al permitir que mi caso se marque con un Indicador de Violencia Familiar, mi información de identificación personal no podrá ser revelada.

Seleccione uno:

- ( ) Deseo que DCSS **continúe** trabajando en mi caso para obtener y/o hacer cumplir el sustento para menores con el Indicador de Violencia Familiar marcado en mi caso.
- ( ) Deso que mi caso se cierre. Entiendo que DCSS no tomará ninguna acción más para obtener y/o hacer cumplir una orden de sustento de menores para mí.

Firma \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_

CONDADO \_\_\_\_\_

La presente fue jurada ante mí en esta fecha: \_\_\_\_\_

por \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Notario Público

Mi Comisión Expira: \_\_\_\_\_