



Katie Hobbs
Governor

Michael Wisehart
Director

Solicitud para Revisión de Atrasos

If you speak and read only English, please call the office and ask for a representative that speaks English.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (Núm., calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

RE: Núm. de caso AZCARES: _____ **Fecha de hoy:** _____

No estoy de acuerdo con el saldo de pagos atrasados / de deudas del DCSS porque: *(marque todos que correspondan)*

- Se hicieron pagos directos al padre/madre con la custodia; estoy proporcionando copias de los cheques cobrados o una Declaración Jurada de Recibo de Pagos Directos del padre/madre con la custodia.
- El/la hijo/a (los/las hijos/as) está(n) emancipado/a(s), falleció(fallecieron) o fue(ron) adoptado/a(s). *(Se tiene que adjuntar pruebas)*
- No debo **ningún** pago atrasado de sustento de menores. *(Se tiene que adjuntar pruebas.)*
- Se modificó mi orden judicial y los expedientes de DCSS no reflejan los cambios. *(Se tiene que adjuntar pruebas)*
- Se efectuó un cambio legal en la custodia; se adjunta la orden judicial.
- Otro: _____

Si hace falta, ocupe el dorso del documento para hacer una lista de las razones para su solicitud.

Firma del solicitante: _____

**Envíe los formularios completos a: Division of Child Support Services
P.O. Box 40458
Phoenix, AZ 85067**

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