



Katie Hobbs
Governor

Michael Wisehart
Director

Fecha _____

RE: _____ Núm. de AZCARES: _____

If you need assistance with the translation of this document, please call the office and ask for a representative who speaks English.

Declaración del Cuidador Referente a la Custodia Física de un Menor o Menores

Yo, (*Nombre*) _____, (*Fecha de nacimiento*) _____,
(*Parentesco a los menores*) _____ declaro bajo pena de perjurio, que he tenido la custodia física de los siguientes menores durante al menos 30 días consecutivos a partir de o aproximadamente _____.

Proporciono esta declaración para que pueda recibir los pagos de sustento para los menores bajo mi custodia. Entiendo que si estoy inscrito con los menores en el programa de asistencia en efectivo de TANF, el estado puede retener los pagos de sustento para reembolsar la cantidad de subsidio que he recibido.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del cuidador _____ Fecha _____

Esta sección está reservada para ser utilizada por la División de Servicios de Sustento para Menores (DCSS, por sus siglas en inglés)

Custody Begin Date _____ 30th Day _____ Notice Sent _____

Request for Administrative. Review Received _____

Disbursement Begin Date _____

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con los Servicios al Cliente de DCSS al (602) 252-4045 (*dentro del condado de Maricopa*), gratuito en todo el país al 1-(800)-882-4151, o Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. También puede comunicarse con nosotros mediante correo electrónico en el sitio web de DCSS en www.azdes.go/dcss.

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