

**Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución y
Desembolso de Pagos de Sustento de Menores**

ANTES DE RELLENAR ESTE FORMULARIO – lea la información e instrucciones sobre el formulario de petición de revisiones adjuntas a este documento.

Yo (marque un casillero) recibo actualmente recibí anteriormente beneficios de asistencia temporal y solicito que se realice una revisión de la distribución y desembolsos de pagos de sustento efectuados en mi nombre para el tipo de pago(s), y por el / los período(s) y la(s) razón(es) que se indica(n) más abajo:

Identificación: proporcione todos los datos posibles en esta sección.

Su Nombre: _____ Su Nº de SSN/ITIN: _____

Su dirección postal actual: _____
Número y calle (o casilla de correo) apto.

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Su número de teléfono: _____ Mejor hora para llamarle: Día Tardes/Noche

Número(s) de caso de Asistencia Temporal (CAN): _____ Nº CIN _____

Nombre(s) del padre / madre no custodio: _____

Número(s) de SS/ITIN del padre/madre no custodio: _____

Número(s) identificador de caso de Nueva York: _____

Tipo de pago en cuestión: marque el / los casillero(s) adecuado(s) e identifique el tipo de revisión que solicita:

Pago traspasado de sustento cobrado actualmente durante el mes en nombre de la familia que recibe asistencia temporal (hasta los primeros \$100 recibidos para una familia con un integrante menor de 21 años de edad o hasta los primeros \$200 recibidos en nombre de una familia con dos o más integrantes menores de 21 años de edad, siempre y cuando dichos integrantes sean miembros activos del caso de asistencia temporal).

Monto acumulado de pagos de sustento en exceso (monto de pago en exceso del total de asistencia temporal que se le pagó a usted para meses anteriores).

Períodos a considerar en la revisión: indique el / los mes(es) y año(s) pertinente(s) a su solicitud:

Para el mes _____ (mes/año) O Para el periodo que va de _____ (mes/año) a _____ (mes/año)

Razón(es) de la solicitud de la revisión: díganos por qué usted cree que no recibió todos los pagos de sustento que se le adeudaban.

Puede adjuntar documentación que apoye la(s) razón(es) por la(s) cual(es) pide una revisión. ¿Está usted adjuntando documentación? Sí No

Si respondió que sí, identifique dicha documentación: Informe mensual de sustento cobrado Carta de Sustento en Exceso

Otro (favor de especificar) _____

Conferencia: usted puede solicitar una conferencia con el personal de Unidad de Cobros de Sustento.
¿Está usted solicitando dicha conferencia? Sí No

Llenado y presentado por:

La firma suya Nombre en letra de imprenta Fecha

Devuelva el formulario debidamente relleno a la dirección de la Unidad de Cobro de Sustento indicada en la carta de presentación. Si obtuvo este formulario de nuestro sitio web, debe enviarlo a la Unidad de Cobro de Sustento de Menores que maneja su cuenta, sin importar su lugar de domicilio. Vea las instrucciones si desea más información.

Información e instrucciones sobre cómo llenar el formulario «Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución y Desembolso de Pagos de Sustento de Menores»

Usted puede solicitar una revisión si usted cree que no recibió un pago traspasado de sustento de menores o un pago acumulativo en exceso de sustento de menores por un monto al cual usted considera haber tenido derecho. **Tenga en cuenta que la Unidad de Cobros de Pagos de Sustento del Estado debe haber recibido un pago del padre no custodio antes de que usted pueda recibir un pago traspasado de sustento de menores o un pago acumulativo en exceso de sustento de menores.** Usted puede verificar si se han recibido pagos llamando al 1-888-208-4485 o visitando el sitio web de sustento de menores newyorkchildsupport.com. Si desea solicitar una revisión, llene la *Solicitud para una primera revisión en conexión con la distribución de pagos de sustento de menores*, tal como se especifica a continuación:

Situación del beneficiario de asistencia temporal: marque el casillero adecuado para indicar si usted actualmente es beneficiario de asistencia temporal (TA), es decir, si usted actualmente recibe asistencia o si fue beneficiario de asistencia temporal previamente pero ya no la recibe. Asistencia Temporal anteriormente se le conocía como *asistencia pública*.

Identificación: ingrese sus **datos personales e información del caso**. Sus **datos personales** son su nombre, **número de seguro social (SSN, siglas en inglés) o** número individual de identificación tributaria (*Individual Taxpayer Identification Number, ITIN*), dirección postal actual, número telefónico de contacto y horario más conveniente para localizarlo en dicho número. Un número individual de identificación tributaria (ITIN, siglas en inglés) es un número de nueve dígitos que comienza con «9», el cual es emitido por el Servicio de Impuestos Internos, a extranjeros y otras personas que deben tener un número de identificación tributaria en Estados Unidos, pero que no lo tienen, ni reúnen las condiciones para obtener un número de seguro social de la Administración del Seguro Social. La **información de su caso** es(son) el / los número(s) de caso de asistencia temporal (CAN, siglas en inglés), número(s) CIN y/o número(s) identificador(es) de cuenta del caso de Nueva York, y la identidad de(l) padre y/o la madre no custodio, incluido el/los nombre(s) y el/los número(s) de seguro social o de identificación tributaria. Debe suministrar lo mejor que pueda esos datos de manera que se nos facilite identificar adecuadamente su(s) caso(s).

Tipo de pago en cuestión: marque el/los casillero(s) pertinente(s) para identificar el tipo de revisión solicitada en base al tipo de pagos. *Pago traspasado de sustento* incluye un monto de hasta los primeros \$100 de sustento actual cobrado durante un mes a nombre de una familia con un integrante menor de 21 años activo en el caso de asistencia temporal o hasta los primeros \$200 del sustento actual cobrado durante el mes a nombre de una familia con dos o más integrantes menores de 21 años de edad activos en el caso de asistencia temporal o el monto actual cobrado para el mes, cualesquiera que sea menor. El sustento actual es el sustento pagado el mes en el que se vence. Si los pagos obligados no se pagan a tiempo, se transforman en deudas vencidas y se las denominan «*deudas atrasadas*». Los *pagos excesivos acumulados de sustento* suceden cuando el sustento recaudado y retenido excede el monto de asistencia temporal pagado a usted. Los *pagos acumulados de sustento excesivo* pueden incluir el sustento actual recaudado o montos recaudados acreditados a la deuda atrasada.

Periodo de tiempo: marque la casilla apropiada e ingrese el periodo de tiempo para el cual está solicitando la revisión. Incluya el mes y año pertinente a su solicitud. **Nota:** note que si su solicitud de revisión es en relación con un pago que usted reclama no haber recibido un mes en particular pero que debería haber recibido en ese mes, deberá incluir en su solicitud de revisión el mes que lo precede. Por ejemplo: si su usted reclama no haber recibido el monto traspasado de \$XXX.00 para el mes de julio del 20XX, su solicitud de revisión debe incluir el periodo de junio del 20XX. Tenga en cuenta que una revisión se limita a la contabilidad de los cobros y desembolsos (1) efectuados durante el año calendario en el que se solicita dicha revisión, y el año calendario que precede al año en el cual se solicita la revisión, y (2) solamente para los meses durante los cuales la

asignación de derechos de sustento estaba en vigor. El periodo de tiempo de su revisión no puede exceder esta limitación.

Razón por la cual se solicita una revisión: indique la(s) razón(es) de su solicitud de revisión. Por ejemplo, puede decir «*Yo no recibí un pago traspasado de \$XXX.00 para el mes de mayo de 20XX*».

Documentación: si lo desea, también puede incluir documentación que apoye su petición de revisión. Ejemplo de documentación que usted puede adjuntar son las cartas mensuales de informe de sustento cobrado; sustento en exceso (*Report of Support Collected, Excess Support*) o cualquier otra notificación que usted haya recibido de nosotros en relación con su caso para cada mes de la revisión en cuestión. Si desea incluir documentación que respalde su reclamación de que la distribución y desembolso fue incorrecta, seleccione el casillero que dice «Sí» y describa el tipo de documentación que incluye seleccionando el casillero apropiado.

Conferencia: como parte de la revisión, usted puede solicitar una conferencia con la Unidad de Cobros de Sustento (*Support Collection Unit, SCU*), marcando el casillero que dice «Sí», tal como se indica en el formulario. La conferencia puede ser en persona o por teléfono, y le permitirá ofrecer documentación y exponer las razones por las que usted considera que tiene derecho a pagos adicionales.

Llenado y presentado por: firme y escriba su nombre en letra de imprenta y la fecha de la solicitud de revisión donde se indica.

Una vez rellenado el formulario *Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución y Desembolso de Pagos de Sustento de Menores*, **presente dicho formulario debidamente rellenado y la documentación pertinente ante la Unidad de Cobro de Sustento de Menores (SCU), a la dirección proporcionada en la carta de presentación.** Si obtuvo este formulario de nuestro sitio web, debe enviarlo a la Unidad de Cobro de Sustento de Menores que maneja su cuenta, sin importar su lugar de domicilio. Puede obtener la dirección de correo donde enviar el formulario de revisión a la Oficina de Cobro de Sustento de Menores del sitio web. Haga clic sobre el enlace que lee «*Local Child Support Offices*» (*Oficinas locales de Sustento de Menores*) y seleccione el condado que maneja su cuenta. Seleccione la dirección ubicada bajo el título *FOR DESK REVIEW*. Si no está segura a que oficina de sustento de menores debe enviarla, favor de llamar la **Línea de Servicio al Cliente de Sustento de Menores del Estado de Nueva York al 1-888-208-4485 (TTY 1-866-875-9975)**, de lunes a viernes de las 8:00 AM a las 7:00 PM. Puede encontrar una lista de los suministradores de servicios de equipo de video para transmisión (*relay service*) en **http://www.fcc.gov/cgb/dro/trs_providers.html**.

Una vez usted envíe el formulario rellenado y la documentación pertinente a la oficina de Cobro de Sustento de Menores (SCU) y la Unidad de Asistencia Temporal (TA) del Distrito de Servicios Sociales, se examinará su caso y se emitirá una respuesta por escrito dentro de los 45 días calendario a partir de la fecha de recepción de su petición por escrito. Los resultados de la revisión determinarán si un ajuste es necesario y si usted recibió el monto adecuado de sustento. Si a usted se le adeuda un pago adicional, la Unidad de Asistencia Temporal efectuará dicho pago por medio de su tarjeta de Beneficios Electrónicos (*Electronic Benefits, EBT*) o, en algunos casos, por cheque, a más tardar dentro de los 30 días calendario a partir de la carta de determinación. Si a usted se le pagó demasiado sustento, la Unidad de Asistencia Temporal recuperará el monto pagado en exceso por medio del proceso autorizado dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de determinación.

Si tiene preguntas sobre el formulario o las instrucciones recibidas, o si al leer estas instrucciones usted cree que su cuestión no necesita una revisión, comuníquese con la **Línea de Servicio al Cliente de Sustento de Menores del Estado de Nueva York al número de teléfono indicado anteriormente.**