

Formulario de impugnación de la derivación al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York

- Utilice este formulario para impugnar la derivación de su cuenta de manutención infantil al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (DTF, por sus siglas en inglés).
- Llene este formulario y envíelo a la Unidad de Cobro de Sustento (SCU, por sus siglas en inglés) **dentro de los cuarenta y cinco (45) días** de la fecha en el aviso adjunto.
- Se le enviará una resolución sobre su impugnación dentro de los setenta y cinco (75) días a partir de la fecha del aviso adjunto.

Deseo impugnar la derivación de mi caso al DTF porque (marque todas las casillas que correspondan):

1. No soy la persona identificada como deudora de manutención, según se indica en:
- una copia de mi licencia de conducir o tarjeta de identificación
 - una copia de mi pasaporte o mi tarjeta de Seguro Social
 - otro _____
2. No pesa sobre mí una orden judicial que me obliga a pagar manutención, o mi orden de manutención fue anulada, suspendida o nunca fue emitida por el tribunal y no debo ninguna manutención, como se sustenta en:
- una copia de la orden judicial que anula o suspende mi orden de manutención infantil
 - otro _____
3. La cantidad que se muestra como adeudada no es correcta y/o no equivale al menos a cuatro meses de manutención, como se sustenta en:
- una copia (anverso y reverso) de un cheque cancelado o giro postal que fue depositado por la agencia de manutención infantil, pero que no se acreditó a mi cuenta
 - documentación que respalda mi reclamo de que la manutención de mi hijo no se calculó con precisión
 - una copia de la orden judicial que modifica mi orden de manutención infantil o establece el monto adeudado
 - otro _____
4. Recibo asistencia temporal, asistencia médica, beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (anteriormente cupones de alimentos), o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), como se sustenta en:
- una copia de mi tarjeta de beneficios
 - una copia de la carta que verifica los beneficios que estoy recibiendo
 - otro _____

Otros comentarios:

Identificador de caso de Nueva York: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Nombre (en letra imprenta): _____ Teléfono: (____) _____

Firma: _____ Fecha: _____