

Formularz zakwestionowania zgłoszenia rachunku alimentacyjnego do Wydziału Podatków i Finansów Stanu Nowy Jork

- Proszę skorzystać z tego formularza, aby zakwestionować zgłoszenie Pana/Pani rachunku alimentacyjnego do Wydziału Podatków i Finansów (Department of Taxation and Finance, DTF) Stanu Nowy Jork.
- Wypełnić i przesłać ten formularz do Działu Ściągania Należności Alimentacyjnych (Support Collection Unit, SCU) **w ciągu czterdziestu pięciu (45) dni** od daty podanej na załączonym zawiadomieniu.
- Decyzja w sprawie Pana/Pani sprzeciwu zostanie wysłana w ciągu siedemdziesięciu pięciu (75) dni od daty podanej na załączonym zawiadomieniu.

Chcę zakwestionować skierowanie mojej sprawy do DTF, ponieważ (zaznaczyć wszystkie właściwe pola):

1. Nie jestem osobą zidentyfikowaną jako winna alimentów, co potwierdza:
- kopia mojego prawa jazdy lub dowodu tożsamości
 - kopia mojego paszportu lub karty ubezpieczenia społecznego
 - inne _____
2. Nie mam sądowego nakazu płacenia alimentów lub mój nakaz alimentacyjny został uchylony, zakończony lub nigdy nie został wydany przez sąd i nie mam żadnych zaległości alimentacyjnych, co potwierdza:
- kopia postanowienia sądu o uchyleniu lub zakończeniu obowiązywania mojego nakazu alimentacyjnego na rzecz dziecka
 - inne _____
3. Kwota wskazana jako należna nie jest prawidłowa i/lub nie jest równa co najmniej czteromiesięcznej kwocie alimentów, co potwierdza:
- kopia (przód i tył) anulowanego czeku lub przekazu pieniężnego, który został wpłacony przez agencję ds. alimentów na dzieci, ale nie został zaksięgowany na moim rachunku
 - dokumentacja, która potwierdza moje zgłoszenie, że kwota moich zobowiązań alimentacyjnych na rzecz dziecka nie została dokładnie obliczona
 - kopia mojego orzeczenia sądowego zmieniającego orzeczone wobec mnie nakaz alimentacyjny lub ustalający należną kwotę
 - inne _____
4. Otrzymuję pomoc tymczasową, pomoc medyczną, pobieram świadczenia w ramach Programu Uzupełniającej Pomocy Żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program SNAP, dawniej bony żywnościowe) lub zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI), co potwierdza:
- kopia mojej karty świadczeń
 - kopia pisma weryfikującego pobierane przeze mnie świadczenia
 - inne _____

Inne uwagi:

Identyfikator sprawy w stanie Nowy Jork: _____

Numer ubezpieczenia społecznego: _____ - _____ - _____

Imię i nazwisko (literami drukowanymi): _____

Telefon: (____) _____

Podpis: _____ Data: _____

[DTF Challenge Form 08/22]