

Solicitud ante el Estado de Nueva York para una Segunda Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores

ANTES DE RELLENAR ESTE FORMULARIO: lea el otro lado de este formulario para informarse sobre el proceso de segunda revisión e instrucciones adicionales.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio postal _____
 Número y Calle, o Casilla de Correo _____ Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____ Horario más conveniente para contactarnos con usted:
 Durante el día Durante la noche

Número(s) de caso de Asistencia Pública: _____

Número(s) de identificación del caso de sustento de menores: _____

Datos en cuestión: explique los motivos que respalden el porqué usted se opone a la decisión tomada, con respecto a la revisión, por el distrito de servicios sociales.

Nombre del distrito de servicios sociales del condado que emitió la decisión de la primera revisión:

Documentación: adjunte una copia de la carta de determinación de la revisión realizada por la oficina de cobros de sustento (SCU) y por el distrito de servicios sociales, como también toda documentación adicional, no disponible previamente, que respalde su reclamación de que la distribución fue incorrecta. Confirme esto marcando los casilleros adecuados:

Yo adjunto una copia de la determinación del distrito de servicios sociales y la cual está fechada dentro de los 20 días calendario de esta solicitud.

También adjunto documentación adicional, no disponible previamente, para respaldar mi reclamación.

Certificación: por la presente informo que me opongo a la **Determinación Resultante de la Solicitud de Primera Revisión de la Distribución de Pagos de Sustento de Menores** tomada por la Unidad de Cobros de Sustento (SCU) y por el distrito de servicios sociales (SSD), emitida por el distrito de servicios sociales del Condado de _____ con fecha _____ en relación con mi reclamación de que la Unidad de Cobro de Sustento hizo una distribución incorrecta de mis pagos de sustento de menores durante un periodo de tiempo en el cual yo recibía asistencia pública. Como resultado de esta distribución incorrecta, no recibí un pago traspasado o (un) pago(s) excesivo(s) de sustento de menores por un monto al que yo considero tener derecho. De tal manera, solicito que la División de Ejecución de Pago de Sustento de Menores y la División de Empleo y Apoyo Transitorio del Estado de Nueva York realicen una segunda revisión de mis pagos de sustento de menores.

 Firma de la persona que solicita la segunda revisión Nombre en letra de imprenta de la persona que solicita esta revisión Fecha

Llene y devuelva el formulario a: *New York State Division Child Support Enforcement
 ATTN: Bureau of Program Operations, Second-Level Desk Review
 40 N. Pearl Street, 13th Floor
 Albany, New York 12243-0001*

ATTACHMENT 9

Información e instrucciones para llenar el formulario de «Solicitud ante el Estado de Nueva York para una Segunda Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores»

Usted puede solicitar una segunda revisión de la distribución de los pagos de sustento de menores correspondientes a su niño, si disputa datos específicos contenidos en la Determinación Resultante de la Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores, emitida por la Unidad de Cobro de Sustento de Menores (*Support Collection Unit, SCU*) y el Distrito de Servicios Sociales (*Social Services District, SSD*), y proporcionada en este paquete informativo. Si usted desea solicitar una segunda revisión, debe llenar este formulario, adjuntar una copia de la Determinación Resultante de la Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores emitida por la oficina de cobros y el distrito de servicios sociales, así como también todo documento adjunto, como por ejemplo las hojas de cálculo y la documentación proporcionada, y una copia de toda documentación adicional no disponible previamente que respalde su reclamación de que la distribución fue incorrecta, y hacer llegar todo esto a la División de Ejecución de Pago de Sustento de Menores del Estado de Nueva York (*New York State Division of Child Support Enforcement, DCSE*) dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha de la determinación de la oficina de cobro de pagos de sustento y el distrito de servicios sociales, a la dirección que figura al pie de este formulario. La División de Ejecución de Pago de Sustento (DCSE) trabajará conjuntamente con la División de Empleo y Apoyo Transitorio del Estado de Nueva York (*New York State Division of Employment and Transitional Support, DETS*) para emitir una determinación por escrito en respuesta a su solicitud dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su solicitud escrita.

Si usted desea solicitar una segunda revisión, debe llenar este formulario como se indica a continuación:

Información personal: indique su nombre, número de Seguro Social (*Social Security Number, SSN*) o Número Individual de Identificación Tributaria (*Individual Taxpayer Identification Number, ITIN*), domicilio postal actual, número telefónico de contacto y horario más conveniente para localizarlo en dicho número. Un ITIN 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 los Estados Unidos, pero no tienen, ni reúnen las condiciones para obtener, un número de seguro social emitido por la Administración del Seguro Social.

Información del caso: indique su(s) número(s) de asistencia pública (CAN), y/o su(s) número(s) de cuenta de sustento de menores. Usted debe incluir toda la información que posea al respecto para facilitar la identificación adecuada de su(s) caso(s).

Datos en cuestión: indique claramente el/los dato(s), explicando por qué no está de acuerdo con la determinación de la primera revisión. Usted debe ser específico(a) (por ejemplo, en el cálculo falta un pago adicional por el monto de \$100).

Nombre del Distrito de Servicios Sociales (*Social Services District, SSD*) del condado: indique el nombre del distrito de servicios sociales del condado que emitió la Determinación Resultante de la Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores. Este se encuentra en el membrete de la carta de la determinación.

Documentación: usted debe adjuntar a este formulario una copia de la Determinación Resultante de la Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores y todo otro documento adjunto, como por ejemplo la hoja de cálculo y la documentación proporcionada junto con la primera revisión. También puede proporcionar una copia de toda documentación adicional no disponible previamente que respalde su reclamación de que la distribución fue incorrecta (por ejemplo, si usted disputa los hechos sobre la base de un pago faltante, puede incluir una copia del instrumento de pago faltante). Confirme el tipo de documentación incluida, marcando el/los casillero(s) pertinente(s).

Certificación: llene la certificación para la solicitud de segunda revisión, indicando el nombre de la oficina del condado del distrito de servicios sociales que emitió la carta de Determinación Resultante de la Solicitud para una Primera Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores, así como también la fecha de dicha carta de determinación. Debe firmar, escribir su nombre en letra de imprenta y fechar la solicitud de segunda revisión.

Una vez que haya llenado la Solicitud ante el Estado de Nueva York para una Segunda Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores, presente dicho formulario completo junto con la documentación pertinente ante la División de Ejecución de Pago de Sustento (DCSE), a la dirección indicada al pie del formulario. Una vez que haya enviado la Solicitud ante el Estado de Nueva York para una Segunda Revisión en Conexión con la Distribución de Pagos de Sustento de Menores y toda nueva documentación, la División de Ejecución de Pagos de Sustento (DCSE) y la DETS, analizarán su caso y los resultados de la determinación resultante de la primera revisión, emitida por la Unidad de Cobro de Sustento de Menores (SCU) y el distrito de servicios sociales. La revisión y los resultados determinarán si es necesario hacer alguna modificación y si a usted se le adeuda algún pago adicional, si se le pagó demasiado sustento o si no es necesario hacer ninguna modificación y usted recibió el monto correcto de sustento. Si a usted se le debe un pago adicional, la DETS puede indicar al distrito de servicios sociales que le efectúe dicho pago por medio de su tarjeta de Beneficios Electrónicos (*Electronic Benefits, EBT*) o, en ciertas circunstancias, por cheque. Si a usted se le pagó demasiado sustento, la DETS puede indicar al distrito de servicios sociales que recupere el monto pagado en exceso por medio del proceso de beneficios mensuales, dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de determinación. Una vez que la segunda revisión haya sido completada, la DETS le hará llegar una respuesta escrita dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su solicitud escrita.

Si tiene preguntas o inquietudes en relación a la notificación o a las instrucciones proporcionadas, póngase en contacto con la línea de información al cliente: 1-888-208-4485.