



## **Apelación de un mandato de ejecución por la División de Servicios de Apoyo a la Niñez (en inglés, CSSD)**

*Utilice este formulario si desea una audiencia ante un juez de derecho administrativo porque no está de acuerdo con una acción de la División de Servicios de Apoyo a la Niñez (CSSD). **Usted debe adjuntar copias de cualquier Orden de Incautación de Bienes u otra notificación que haya recibido, o presentar copias lo antes posible.** Tal vez la OAH necesite una copia de la Orden de Incautación de Bienes u otra notificación para considerar adecuadamente su solicitud de audiencia.*

### **Sección 1 – Contacto**

Escriba su nombre en letra de molde:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico ( <i>si tiene</i> ):	Su circunscripción (Ward) ( <i>si la sabe</i> ):
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	
<i>Si tiene representante para este caso (marque lo que corresponda):</i>	
<input type="checkbox"/> Representante no abogado <input type="checkbox"/> Abogado	
Nombre del representante :	Dirección del representante:
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	Agencia ( <i>si la hay</i> ):
<input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	

### **Sección 2 – Información sobre manutención de menores**

Número IV-D, o cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Marque la casilla que corresponda a su situación:

Debo o se alega que debo manutención de menores

Soy titular de una cuenta conjunta con una persona que debe o se alega que debe manutención de menores

### Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

Marque todas las casillas que correspondan a su caso

- CSSD ha tomado medidas para cobrar fondos de mi **cuenta bancaria** o de otra cuenta.
- CSSD ha impuesto un **embargo sobre los fondos de mi acuerdo**.
- CSSD ha tomado medidas para **interceptar un pago** destinado a mí.
- CSSD me ha enviado un aviso sobre la suspensión de mi **permiso de conducir o de la matrícula del vehículo**.
- CSSD ha tomado otra medida. Describa la medida: \_\_\_\_\_

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) de la CSSD y lo que desea que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

### Sección 5 – Acceso a Idiomas

¿Necesita que la OAH le proporcione un intérprete para ayudarle a participar en la audiencia?

- SÍ     NO

Si contesta que Sí, ¿qué idioma necesita? \_\_\_\_\_

### Sección 6 – Adaptación razonable

¿Necesita una adaptación razonable que le ayude a participar en la audiencia?

- SÍ     NO

Si contesta que Sí, haga el favor de explicar: \_\_\_\_\_

### Sección 7 – ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Persona que preparó la solicitud de audiencia (salvo que la solicitud haya sido por teléfono):

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia

(si no aparece arriba)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No llene esta casilla. Reservada para la Secretaría de la OAH .

Recibido por \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_