INCOME WITHHOLDING FOR SUPPORT

RETENCIÓN DE INGRESOS PARA PENSIÓN ALIMENTICIA DE MENORES

☐ **INCOME WITHHOLDING ORDER/NOTICE FOR SUPPORT (IWO)**
ORDEN / AVISO DE RETENCIÓN DE INGRESOS PARA PENSIÓN ALIMENTICIA DE MENORES (IWO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

☐ **AMENDED IWO**
IWO MODIFICADA

☐ **ONE-TIME ORDER/NOTICE FOR LUMP SUM PAYMENT**
ORDEN/AVISO ÚNICO DE PAGO DE SUMA TOTAL

☐ **TERMINATION OF IWO**
TERMINACIÓN DE IWO

Date / (*Fecha*): 02/07/2020

☐ **Child Support Enforcement (CSE) Agency** *Agencia de ejecución de pensión alimenticia de menores (CSE, por sus siglas en inglés)* ☐ **Court** *Tribunal* ☐ **Attorney** *Abogado* ☐ **Private Individual/Entity** *Persona particular/entidad* (Check One) (*marque uno*)

NOTE: This IWO must be regular on its face. Under certain circumstances you must reject this IWO and return it to the sender (see IWO instructions http://www.acf.hhs.gov/css/resource/income-withholding-for-support-instructions). **If you receive this document from someone other than a state or tribal CSE agency or a court, a copy of the underlying support order must be attached.** / *(NOTA: Esta IWO debe reunir las características reglamentarias. En ciertas circunstancias usted deberá rechazar esta IWO y devolverla al remitente (ver las instrucciones para la IWO: http://www.acf.hhs.gov/css/resource/income-withholding-for-support-instructions). Si usted recibe este documento de una persona que no sea una agencia CSE estatal o tribal o un tribunal, deberá adjuntarse una copia de la orden de pensión alimenticia subyacente.)*

State/Tribe/Territory Arizona
Estado/tribu/territorio

City/County/Dist./Tribe _____
Ciudad/condado/dist./tribu

Private Individual/Entity _____
Persona particular/entidad

Remittance ID (include w/payment) _____
Identificador de remesa (incluir con pago)

Order ID _____
Identificador de orden

Case ID _____
Identificador de caso

RE: / *(REF):* _____

Employer/Income Withholder's Name
Nombre del empleador/retenedor de ingresos

Employer/Income Withholder's Address
Dirección del empleador/retenedor de ingresos

Employer/Income Withholder's FEIN _____
FEIN del empleador/retenedor de ingresos

Employee/Obligor's Name (Last, First, Middle)
Nombre del empleado/deudor (apellido, nombre, segundo nombre)

Employee/Obligor's Social Security Number
Número de Seguridad Social del empleado/deudor

Employee/Obligor's Date of Birth
Fecha de nacimiento del/de empleado/deudor

Custodial Party/Obligee's Name (Last, First, Middle)
Nombre del titular de la custodia/parte acreedora (apellido, nombre, segundo nombre)

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

Child(ren)'s Name(s) (Last, First, Middle) *Nombre(s) del/de los menor(es) (apellido, nombre, segundo nombre)*	**Child(ren)'s Birth Date(s)** *Fecha(s) de nacimiento del/de los menor(es)*

ORDER INFORMATION: **This document is based on the support order from Arizona (State/Tribe). You are required by law to deduct these amounts from the employee/obligor's income until further notice.**
DATOS DE LA ORDEN: Este documento se basa en la orden de pensión alimenticia de menores proveniente de Arizona (estado/tribu). La ley exige descontar de los ingresos del empleado/deudor, hasta recibir nuevo aviso, los montos siguientes.

$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **current child support** / *(pensión alimenticia de menores del periodo en curso)*
$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **past-due child support** / *(Pensión alimenticia de menores en mora)* –
Arrears greater than 12 weeks? / (*¿En mora por más de 12 semanas?)*
☐ Yes / *(Sí)* ☐ No / *(No)*
$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **current cash medical support** / *(Pagos por atención medica del periodo en curso)*
$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **past-due cash medical support** / *(Pagos por atención médica en mora)*
$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **current spousal Support** /*(Pensión alimenticia entre cónyuges del período en curso)*
$ _____ Per / *(por)* Month / *(Mes)* **past-due spousal support** / *(Pensión alimenticia entre cónyuges en mora)*
$ 8.00 Per / *(por)* Month / *(Mes)* **other** (must specify) / *(Otro (debe especificarse))* **Clearinghouse Fee /** *(Comisión de Cámara de Compensación)*

for a Total Amount to Withhold of / *(para un* ***monto total por retener de)*** **$** 8.00 per / *(por)* **Month / *(Mes)***

AMOUNTS TO WITHHOLD: **You do not have to vary your pay cycle to be in compliance with the *Order Information*. If your pay cycle does not match the ordered payment cycle, withhold one of the following amounts:**
MONTOS POR RETENER: No es necesario que usted varíe el periodo de pago para dar cumplimiento a los Datos de la orden. Si su periodo de pago no coincide con el de la orden, retenga uno de los montos siguientes:

$ 1.85 **per weekly pay period** *por pago semanal*
$ 4.00 **per semimonthly pay period** (twice a month) *por pago bimensual (dos veces por mes)*
$ 3.69 **per biweekly pay period** (every two weeks) *por pago bisemanal (cada dos semanas)*
$ 8.00 **per monthly pay period** *por pago mensual*
$ _____ **Lump Sum Payment: Do not stop any existing IWO unless you receive a termination order.** *Pago de suma total: No deje de cumplir una IWO existente sin haber recibido una orden de terminación.*

REMITTANCE INFORMATION: **If the employee/obligor's principal place of employment is Arizona (State/Tribe), you must begin withholding no later than the first pay period that occurs 14 days after the date of receipt of this Order / *(recepción de esta orden)*. Send payment within 2 business days of the pay date. If you cannot withhold the full amount of support for any or all orders for this employee/obligor, withhold 50% % of disposable income for all orders. If the obligor is a non-employee, obtain withholding limits from Supplemental Information. If the employee/obligor's principal place of employment is not Arizona (State/Tribe), obtain withholding limitations, time requirements, and any allowable employer fees from the**

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

jurisdiction of the employee/obligor's principal place of employment. State-specific withholding limit information is available at www.acf.hhs.gov/css/resource/state-incomewithholding-contacts-and-program-requirements. **For tribe-specific contacts, payment addresses, and withholding limitations, please contact the tribe at** www.acf.hhs.gov/sites/default/files/programs/css/tribal_agency_contacts_printable_pdf.pdf **or** https://www.bia.gov/tribalmap/DataDotGovSamples/tld_map.html. / *(DATOS DE LAS REMESAS: Si el lugar principal de empleo del empleado/deudor es Arizona (estado/tribu), usted deberá comenzar a retener ingresos a más tardar en el primer periodo de pago que ocurra 14 días tras la fecha de recepción de esta orden. Envíe el pago dentro de 2 días laborales tras el día de pago. Si no se puede retener el monto completo de la pensión alimenticia por cualesquiera de las órdenes correspondientes a este empleado/deudor, retenga hasta un 50% de sus ingresos disponibles para todas las órdenes. Si el deudor no es un empleado, consulte los límites de retención en la "Información suplementaria". Si el lugar principal de empleo del empleado/deudor no es Arizona (estado/tribu), consulte los límites de retención, los requisitos de tiempo y las cuotas que pueda cobrar el empleador, en su caso, en la jurisdicción del lugar principal de empleo del empleado/deudor. Se puede conseguir información sobre los límites de retención por estados en www.acf.hhs.gov/css/resource/state-incomewithholding-contacts-and-program-requirements. Para conseguir información sobre los contactos, direcciones de pago y los límites de retención por tribus, por favor póngase en contacto con la tribu en www.acf.hhs.gov/sites/default/files/programs/css/tribal_agency_contacts_printable_pdf.pdf o https://www.bia.gov/tribalmap/DataDotGovSamples/tld_map.html.*

For electronic payment requirements and centralized payment collection and disbursement facility information [State Disbursement Unit (SDU)], see www.acf.hhs.gov/css/employers/employer-responsibilities/payments. / *(Para conseguir información sobre los requisitos de pagos electrónicos y la unidad del cobro y desembolso centralizada [Unidad de Desembolso Estatal (SDU, por sus siglas en inglés)], véase www.acf.hhs.gov/css/employers/employer-responsibilities/payments.)*

Include the Remittance ID with the payment and if necessary this locator code: _____.
Incluir el identificador de remesa con el pago y, de ser necesario, este código localizador:

Remit payment to / *(Envíe el pago a)* **Support Payment Clearinghouse** **(SDU/Tribal Order Payee)**
((SDU / beneficiario por orden tribal))

at / *(en)* **P.O. Box 52107, Phoenix, AZ 85072-2107** **(SDU/Tribal Payee Address)**
((SDU / dirección de beneficiario tribal))

☐ **Return to Sender (Completed by Employer/Income Withholder). Payment must be directed to an SDU in accordance with sections 466(b)(5) and (6) of the Social Security Act or Tribal Payee (see Payments to SDU below). If payment is not directed to an SDU/Tribal Payee or this IWO is not regular on its face, you *must* check this box and return the IWO to the sender.** / *(Devolver al remitente (completado por el empleador / retenedor de ingresos). Deberá enviarse la remesa a una SDU en conformidad con la sección 466(b)(5) y (6) de la Ley de Seguro Social o al Beneficiario Tribal (ver Pagos a una SDU, a continuación). Si no se envía el pago a una SDU/Beneficiario Tribal, o si esta IWO no reúne las características reglamentarias,* deberá *marcar esta casilla y devolver la IWO al remitente.)*

If Required by State or Tribal Law: / *(Si lo exige la ley estatal o tribal:)*

Signature of Judge/Issuing Official (if Required by State or Tribal Law): _____
Firma del juez/funcionario emisor (si lo exige la ley estatal o tribal):

Print Name of Judge/Issuing Official: _____
Escriba en letra de molde el nombre del juez/funcionario emisor:

Title of Judge/Issuing Official: _____
Cargo del juez/funcionario emisor:

Date of Signature: _____
Fecha de la firma:

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

If the employee/obligor works in a state or for a tribe that is different from the state or tribe that issued this order, a copy of this IWO must be provided to the employee/obligor. / *(Si el empleado/deudor trabaja en un estado o para una tribu que no sea el estado o la tribu que emite esta orden, deberá entregarse una copia de esta IWO al empleado/deudor.)*

☒ **If checked, the employer/income withholder must provide a copy of this form to the employee/obligor.** / *(Si esta casilla está marcada, el empleador/retenedor de ingresos deberá entregarle una copia de este formulario al empleado/deudor.)*

ADDITIONAL INFORMATION FOR EMPLOYERS/INCOME WITHHOLDERS
INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EMPLEADORES / RETENEDORES DE INGRESOS

State-specific contact and withholding information can be found on the Federal Employer Services website located at www.acf.hhs.gov/css/resource/state-income-withholding-contacts-and-program-requirements.
Información de contacto y retención específica para cada estado puede hallarse en el sitio web de Servicios Federales para el Empleador, en www.acf.hhs.gov/css/resource/state-income-withholding-contacts-and-program-requirements.

Employers/income withholders may use OCSE's Child Support Portal (https://ocsp.acf.hhs.gov/csp/) **to provide information about employees who are eligible to receive a lump sum payment, have terminated employment, and to provide contacts, addresses, and other information about their company.** / *(Los empleadores/retenedores de ingresos podrán utilizar el Portal de pensión alimenticia de menores de la Oficina de Ejecución de Órdenes de Pensión Alimenticia de menores (OCSE por sus siglas en inglés) para proporcionar información acerca de los empleados con derecho de recibir pagos de suma total, los empleados que han dado por terminado el empleo y asimismo, proporcionar contactos, direcciones y otra información de sus empresas.)*

Priority: Withholding for support has priority over any other legal process under State law against the same income (section 466(b)(7) of the Social Security Act). If a federal tax levy is in effect, please notify the sender. / *(Prioridad: La retención de ingresos para pensión alimenticia lleva prioridad sobre cualquier otro proceso jurídico contra los mismos ingresos según la ley estatal (sección 466(b)(7) de la Ley de Seguro Social). Si se encuentra vigente un gravamen tributario federal, se ruega avisar al remitente.)*

Combining Payments: When remitting payments to an SDU or tribal CSE agency, you may combine withheld amounts from more than one employee/obligor's income in a single payment. You must, however, separately identify each employee/obligor's portion of the payment. / *(Combinación de pagos: Al enviarse pagos a una SDU o a una agencia CSE tribal, se podrá combinar en un solo pago los montos retenidos de los ingresos de más de un empleado/deudor. Sin embargo, se deberá identificar por separado la porción del pago que corresponde a cada empleado/deudor.)*

Payments To SDU: You must send child support payments payable by income withholding to the appropriate SDU or to a tribal CSE agency. If this IWO instructs you to send a payment to an entity other than an SDU (e.g., payable to the custodial party, court, or attorney), you must check the box above and return this notice to the sender. Exception: If this IWO was sent by a court, attorney, or private individual/entity and the initial order was entered before January 1, 1994 or the order was issued by a tribal CSE agency, you must follow the "Remit payment to" instructions on this form. / *(Pagos a una SDU: Los pagos de pensión alimenticia de menores sujetos a la retención de ingresos deberán enviarse a la SDU correspondiente o a la agencia CSE tribal. Si esta IWO le indica que envíe los pagos a una entidad que no sea una SDU (por ejemplo, a la parte con la custodia, o bien a un tribunal o abogado), usted deberá marcar la casilla más arriba y devolver este aviso al remitente. Excepción: Si esta IWO fue emitida por un tribunal, un abogado o una persona particular/entidad y la orden inicial de pensión alimenticia de menores se asentó antes del 1 de enero de 1994 o la orden fue emitida por una agencia CSE tribal, usted deberá seguir las instrucciones que en este formulario aparecen en el inciso denominado "Envíe el pago a".)*

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

Reporting the Pay Date: You must report the pay date when sending the payment. The pay date is the date on which the amount was withheld from the employee/obligor's wages. You must comply with the law of the state (or tribal law if applicable) of the employee/obligor's principal place of employment regarding time periods within which you must implement the withholding and forward the support payments. / *(Divulgación de la fecha de pago: Se deberá divulgar la fecha de pago al enviar la remesa. La fecha de pago es la fecha en que se retiene el monto del sueldo del empleado/deudor. Deberá acatarse la ley del estado (o la ley tribal si se aplica) en que ubique el lugar principal de empleo del empleado/deudor respecto a los plazos en que usted deba implementar la retención y enviar los pagos de manutención.)*

Multiple IWOs: If there is more than one IWO against this employee/obligor and you are unable to fully honor all IWOs due to federal, state, or tribal withholding limits, you must honor all IWOs to the greatest extent possible, giving priority to current support before payment of any past-due support. Follow the state or tribal law/procedure of the employee/obligor's principal place of employment to determine the appropriate allocation method. / *(IWO múltiples: Si existe más de una IWO contra el empleado/deudor y usted no puede dar cabal cumplimiento a todas las IWO debido a límites de retención federales, estatales o tribales, deberá dar cumplimiento a todas las IWO en la mayor medida posible, dando prioridad a la pensión alimenticia del periodo en curso antes de pagar la pensión alimenticia en mora. Acate la ley/procedimiento estatal o tribal del lugar principal de empleo del empleado/deudor para determinar el método apropiado de asignación.)*

Lump Sum Payments: You may be required to notify a state or tribal CSE agency of upcoming lump sum payments to this employee/obligor such as bonuses, commissions, or severance pay. Contact the sender to determine if you are required to report and/or withhold lump sum payments. / *(Pagos de suma total: Es posible que se le exija avisar a la agencia CSE estatal o tribal sobre próximos pagos de suma total para este empleado/deudor, tales como bonificaciones, comisiones o indemnizaciones por despido. Póngase en contacto con el remitente para determinar si se exige que divulgue y/o retenga pagos de suma total.)*

Liability: If you have any doubts about the validity of this IWO, contact the sender. If you fail to withhold income from the employee/obligor's income as the IWO directs, you are liable for both the accumulated amount you should have withheld and any penalties set by state or tribal law/procedure. / *(Responsabilidad jurídica: De tener alguna duda sobre la validez de esta IWO, póngase en contacto con el remitente. Si usted no retiene los ingresos de un empleado/deudor según indica la IWO, usted será responsable jurídicamente tanto por el monto acumulado que debería haber retenido como por las multas que fije la ley o el procedimiento estatal o tribal.)*

_____
_____
_____
_____

Anti-discrimination: You are subject to a fine determined under state or tribal law for discharging an employee/obligor from employment, refusing to employ, or taking disciplinary action against an employee/obligor because of this IWO. / *(Antidiscriminación: Usted estará sujeto a una multa fijada conforme a la ley estatal o tribal en caso de que despida a un empleado/deudor, rehúse contratarlo o tome medidas disciplinarias en su contra a causa de esta IWO.)*

_____
_____
_____
_____

Withholding Limits: You may not withhold more than the lesser of: 1) the amounts allowed by the Federal Consumer Credit Protection Act (CCPA) [15 USC §1673(b)]; or 2) the amounts allowed by the law of the state of the employee/obligor's principal place of employment, if the place of employment is in a state; or the tribal law of the employee/obligor's principal place of employment if the place of employment is under tribal jurisdiction.

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

Disposable income is the net income after mandatory deductions such as: state, federal, local taxes; Social Security taxes; statutory pension contributions; and Medicare taxes. The federal limit is 50% of the disposable income if the obligor is supporting another family and 60% of the disposable income if the obligor is not supporting another family. However, those limits increase 5% --to 55% and 65% --if the arrears are greater than 12 weeks. If permitted by the state or tribe, you may deduct a fee for administrative costs. The combined support amount and fee may not exceed the limit indicated in this section. / *(Límites de retención: No se podrá retener más que el monto que resulte ser el menor de las siguientes dos posibilidades: 1) los montos permitidos por la Ley Federal de Protección de Crédito del Consumidor (15 USC §1673(b)); o 2) los montos permitidos por la ley del estado, si es que el lugar principal de empleo del empleado/deudor se ubica en un estado; o por la ley tribal del lugar principal de empleo del empleado/deudor si dicho lugar está bajo jurisdicción tribal. Los ingresos disponibles son aquellos que quedan después de las deducciones obligatorias, entre ellas los impuestos estatales, federales y locales, así como los impuestos de Seguridad Social; las contribuciones de pensión establecidas por ley; y los impuestos de Medicare. El límite federal es el 50% de los ingresos disponibles si el deudor está manteniendo a otra familia y el 60% de los ingresos disponibles si el deudor no está manteniendo a otra familia. Sin embargo, estos límites aumentan en un 5% —al 55% y al 65%, respectivamente— si se incurre en mora de más de 12 semanas. Si así lo permite el estado o la tribu, usted puede cobrar una tarifa por gastos administrativos. El monto combinado de la pensión alimenticia y la tarifa no puede exceder el límite indicado en esta sección.)*

Depending upon applicable state or tribal law, you may need to consider amounts paid for health care premiums in determining disposable income and applying appropriate withholding limits. / *(Dependiendo de la ley estatal o tribal que se aplique, usted quizá tenga que tomar en consideración las primas pagadas por la atención médica a la hora de determinar el ingreso disponible y aplicar los límites de retención que correspondan.)*

Arrears Greater Than 12 Weeks? If the *Order Information* section does not indicate that the arrears are greater than 12 weeks, then the employer should calculate the CCPA limit using the lower percentage. / *(¿En mora por más de 12 semanas? Si en la sección Datos de la orden no se indica que existen moras que exceden 12 semanas, el empleador deberá calcular el límite CCPA utilizando el porcentaje menor.)*

Supplemental Information: / *(Información suplementaria:)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

NOTIFICATION OF EMPLOYMENT TERMINATION OR INCOME STATUS: If this employee/obligor never worked for you or you are no longer withholding income for this employee/obligor, you must promptly notify the CSE agency and/or the sender by returning this form to the address listed in the contact information below: / *(AVISO DE TERMINACIÓN DE EMPLEO O SITUACIÓN DE INGRESOS: Si este empleado/deudor nunca trabajó para usted o si usted ya no está reteniendo los ingresos de este empleado/deudor, usted deberá avisar sin demora a la agencia CSE y/o al remitente devolviendo este formulario a la dirección que aparece en la información de contacto a continuación:)*

☐ **This person has never worked for this employer nor received periodic income.**
Esta persona nunca ha trabajado para este empleador ni ha recibido ingresos periódicos.

☐ **This person no longer works for this employer nor receives periodic income.**
Esta persona ya no trabaja para este empleador ni recibe ingresos periódicos.

Please provide the following information for the employee/obligor:
Se ruega proporcionar los siguientes datos sobre el empleado/deudor:

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

Termination date: _____ **Last known telephone number:** _____
Fecha de terminación: *Último número de teléfono conocido:*

Last known address: _____
Última dirección conocida:

_____

Final payment date to SDU/Tribal Payee: _____ **Final payment amount:** _____
Fecha de pago final a la SDU/beneficiario tribal: *Monto del pago final:*

New employer's name: _____
Nombre del nuevo empleador:

New employer's address: _____
Dirección del nuevo empleador:

CONTACT INFORMATION: / *(INFORMACIÓN DE CONTACTO:)*

To Employer/Income Withholder: If you have questions, contact _____ (issuer name)

by telephone: _____ , by fax:_____ , by email or website: _____

Al empleador / retenedor de ingresos: De tener alguna pregunta, contacte a XXX (nombre de emisor) por teléfono: XXX, por fax: XXX, por correo electrónico o sitio web: XXX.

Send termination/income status notice and other correspondence to:
Envíe el aviso de terminación/situación de ingresos y otra correspondencia a:

_____**(issuer address).**
(dirección de emisor)

To Employee/Obligor: If the employee/obligor has questions, contact _____ (issuer name)

by telephone: _____ , by fax:_____ , by email or website: _____.

Al empleado/deudor: Si el empleado/deudor tiene preguntas, contacte a XXX (nombre de emisor) por teléfono: XXX, por fax: XXX, por correo electrónico o sitio web: XXX.

IMPORTANT: The person completing this form is advised that the information may be shared with the employee/obligor. / *(Nota importante: Se le avisa a la persona que rellena el presente formulario que se podrá compartir la información con el empleado/deudor.)*

Encryption Requirements: / *(Requisitos de codificación:)*

When communicating this form through electronic transmission, precautions must be taken to ensure the security of the data. Child support agencies are encouraged to use the electronic applications provided by the federal Office of Child Support Enforcement. Other electronic means, such as encrypted attachments to emails, may be used if the encryption method is compliant with Federal Information Processing Standard (FIPS) Publication 140-2 (FIPS PUB 140-2).
Se deben tomar precauciones al enviar este formulario mediante transmisión electrónica para garantizar la seguridad de la información. A las agencias de pensión alimenticia de menores se les anima a utilizar las aplicaciones electrónicas que proporciona la Oficina Federal de Ejecución de Órdenes de Pensión Alimenticia de Menores. Se podrán utilizar otros medios electrónicos, tales como archivos anexos codificados, si el método de codificación cumple con la Norma Federal para el Procesamiento de Información (FIPS por sus siglas en inglés) Publicación 140-2 (FIPS PUB 140-2).

ejemplar

Employer's Name: _____ Employer FEIN: _____
Nombre del empleador: *FEIN del empleador:*

Employee/Obligor's Name: _____ SSN: _____
Nombre del empleado/deudor: *SSN:*

Case Identifier: _____ Order Identifier: _____
Identificador de caso: *Identificador de la orden:*

The Paperwork Reduction Act of 1995
Ley de Reducción de Papeleo de 1995

This information collection and associated responses are conducted in accordance with 45 CFR 303.100 of the Child Support Enforcement Program. This form is designed to provide uniformity and standardization. Public reporting for this collection of information is estimated to average two to five minutes per response. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.
Esta recopilación de información y sus respuestas asociadas se llevan a cabo en conformidad con 45 CFR 303.100 del Programa de Ejecución de Pensión Alimenticia de Menores. Este formulario está diseñado con el fin de brindar uniformidad y estandarización. La carga que requiere la tarea de recolección de información para este formulario se estima en un promedio de dos a cinco minutos por respuesta. Una agencia no podrá llevar a cabo ni patrocinar la recopilación de datos, ni se requiere que una persona responda a dicha recopilación, si esta no exhibe un número de control válido de la OMB.

ejemplar

Income Withholding Order Information Page

Información sobre la orden de retención de ingresos

This order is effective _____. All rules on page 2 under REMITTANCE INFORMATION apply after the effective date. / *(Esta orden es vigente a partir de XXX. Todas las reglas que aparecen en la página 2 bajo DATOS DE LAS REMESAS se aplican a partir de la fecha de vigencia.)*

Presumptive Termination Date: / *Fecha presunta de terminación:*
This order is presumed to terminate on the presumptive termination date _____ when the youngest child who is subject to this order is expected to emancipate as defined in A.R.S. §§ 25-320 and 25-501 unless the order contains a payment on arrears. The presumptive termination date of this order may be modified by the court upon changed circumstances. / *(La fecha presunta de terminación para esta orden es XXX, fecha en la que se prevé que el menor más joven sujeto a esta orden sea emancipado según se define en el A.R.S. §§ 25-320 y 25-501 a menos que la orden contenga pagos en mora. La fecha presunta de terminación de esta orden podría ser modificada por el tribunal si ocurriese un cambio de circunstancias.*)

Note to Employers/Other Withholders:
Nota a los empleadores / otros retenedores:

If the most recent Income Withholding Order in the case is for current child support only, you should discontinue withholding monies after the last pay period of the month of the presumptive termination date above. If the Income Withholding Order includes current child support and an arrearage payment, you should continue withholding the entire amount listed on the order until further notice.

Si la orden de retención de ingresos más reciente para el caso es solamente para pensión alimenticia de menores del periodo en curso, usted debe dejar la retener los ingresos tras el último periodo de pago del mes que corresponde a la fecha presunta de terminación que aparece más arriba. Si la orden de retención de ingresos incluye pensión alimenticia de menores del periodo en curso y pagos en mora, usted debe continuar reteniendo la totalidad del monto indicado en la orden hasta recibir nuevo aviso.

ejemplar