

**CERTIFICACIÓN DE EXENCIÓN DEL CARGO ANUAL DE SERVICIO**

DCSS 0678 SPA (10/20/2019)

A partir del 1 de octubre del 2020, en conformidad con la Ley Bipartidista de Presupuesto (Bipartisan Budget Act) de 2018, artículo 53117 del Derecho Público 115-123, que enmienda las disposiciones de la Ley Federal de Reducción del Déficit (Federal Deficit Reduction Act) de 2005, el Departamento de Servicios de Child Support podrá aplicar una tarifa anual de servicio de \$35 para los casos que cumplen con los siguientes criterios: (1) El DCSS le proporciona servicios al titular de la custodia del caso. (2) El titular de la custodia del caso nunca ha recibido asistencia pública bajo el Título IV-A de la Ley de Seguro Social (Social Security Act). (3) Se le han abonado \$550 o más a la familia en cada caso durante el año fiscal federal anterior (del 1 de octubre al 30 de septiembre). Es posible que esté exento de pagar la tarifa anual de servicio si cumple con una de las condiciones de admisibilidad que figuran en la Secciones II o III del presente formulario.

**Sección I: Información Personal**

Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido	
Domicilio del Remitente (número y calle)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Participante	Número(s) de Caso(s) Afectado(s)		Número Telefónico (incluya el código del área)	

**Sección II: Exención Permanente**

<input type="checkbox"/> Soy un Acreedor Extranjero con un domicilio principal en los Estados Unidos o en Territorio Estadounidense.	País
--	------

Recibo/recibí asistencia pública por parte de uno de los siguientes programas:

<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Pública para Familias con Hijos Dependientes Asistencia Monetaria (Aid to Families with Dependent Children, Cash AFDC)	Estado	Fecha en la que Comenzó a Recibir Asistencia	Fecha en la que Terminó de Recibir Asistencia
<input type="checkbox"/> Asistencia Monetaria Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, Cash TANF)	Estado	Fecha en la que Comenzó a Recibir Asistencia	Fecha en la que Terminó de Recibir Asistencia
<input type="checkbox"/> Programa TANF Tribal	Estado	Fecha en la que Comenzó a Recibir Asistencia	Fecha en la que Terminó de Recibir Asistencia

**Sección III: Exención Única**

<input type="checkbox"/> Ya pagué el Cargo Anual de Servicio en otro estado.	Estado	Fecha en la que se Pagó
<input type="checkbox"/> No recibí la cantidad total de \$550 en pagos de mantenimiento entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre.		

**Devuelva el Formulario Completo a la Siguiete Dirección:**

California Department of Child Support Services  
 Operations Division  
 PO Box 419064, MS-340  
 Rancho Cordova, CA 95741-9064

Conociendo las penalidades en las que incurren los que declaran con falsedad, certifico que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma

Fecha