

MC: ME
Bar Code Area
FS#:
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
AUSTIN, TX 78711-2048



KEN PAXTON
ATTORNEY GENERAL *of* TEXAS
CHILD SUPPORT DIVISION

Fecha:
No. de Caso de la Procuraduría General:

Estimado/a

En nuestros expedientes se encuentra la autorización que Usted nos ha concedido para entregar información y/o pagos de manutención a su representante autorizado. Para revocar tal autorización, por favor llene el formulario anexo a la presente.

Por favor envíe el formulario llenado y firmado por usted a:

Office of the Attorney General
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
Austin, TX 78711-2048

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame al 1-800-252-8014.

MC:

Attorney General Case #:

REVOCATION OF AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION OR PAYMENTS

Escriba su nombre actual: _____

Otros nombres que ha usado _____

Nombre de la otra parte en el caso: _____

Nombres de todos los niños en el caso: _____

Número de caso de la Procuraduría (son 10 dígitos y aparece en todas las cartas del caso): _____

Teléfono al que podemos llamarle (____) _____

- casa
- trabajo
- celular
- familiar o amigo

Al presentar este formulario llenado, firmado y fechado, pido a la Procuraduría General hacer lo siguiente: *(Escriba sus iniciales junto a cada instrucción que aplica.)*

Revocar mi autorización para divulgar información o archivos

de mi caso *(el número que escribió arriba)*

Iniciales: _____

No entregar información o archivos a la siguiente persona:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____

Código postal _____

Entiendo que ya no se enviará información o archivos a la persona que se nombra arriba a menos que yo presente otro formulario de Autorización para divulgar información o entregar pagos.

Revocar mi autorización para enviar pagos a otra persona.

Iniciales: _____

No enviar ningún pago más a la siguiente persona:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____

Código postal _____

Entiendo que ya no se enviarán pagos a la persona que se nombra arriba a menos que yo presente otro formulario de Autorización para divulgar información o enviar pagos.

Entiendo que la Procuraduría General de Texas no es responsable de los desacuerdos que surjan entre las partes nombradas y yo como resultado de este arreglo. *(Se requiere la fecha de su firma.)*

Firma

Fecha *(requerida)*

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal