

# TO ENFORCE

## A COURT ORDER TO PAY

*(PARA HACER CUMPLIR UNA ORDEN DEL  
TRIBUNAL PARA PAGAR)*

# 1

## SUPPORT

*(PENSIÓN ALIMENTICIA)*

**Child Support, Spousal Maintenance, Medical Expense  
Reimbursement and Medical Insurance Coverage**

*(Pensión alimenticia, manutención conyugal, reembolso  
de gastos médicos y cobertura de aseguranza médica)*

**FORMS & INSTRUCTIONS**

*(FORMULARIOS E INSTRUCCIONES)*

**CENTRO DE AUTOSERVICIO**

**PETICIÓN Y DOCUMENTOS  
PARA HACER CUMPLIR UNA ORDEN DEL TRIBUNAL  
PARA EL PAGO DE MANUTENCIÓN**

**LISTA DE CONTROL**

*Puede usar esta serie de documentos si ... .*

- ✓ *Tiene una Orden del Tribunal del Condado de Maricopa para la m pensión alimenticia, manutención conyugal (pensión alimenticia), cobertura de aseguranza médica o para el reembolso de gastos médicos, dentales o relacionados con la vista no asegurados, Y*
- ✓ *La otra parte está atrasada en el pago de pensión alimenticia, manutención conyugal y/o pagos de reembolso de gastos médicos por lo menos un mes completo, O*
- ✓ *La otra parte no está suministrando cobertura de aseguranza médica, O*

**NO USE ESTOS FORMULARIOS:**

- ✗ *si su orden es de un tribunal fuera de este condado (a menos que un abogado le haya aconsejado que lo haga).*
- ✗ *para tratar de cambiar su orden actual.*

**ADVERTENCIA:** *Si la orden que usted desea hacer cumplir no es de este condado, pregúntele a un abogado cuáles son los requerimientos para presentar su petición (solicitud) ante este tribunal.*

**LÉASE:** *Se recomienda que consulte con un abogado antes de presentar sus documentos ante el Tribunal para evitar resultados inesperados. En el sitio web del Centro de Auto-Servicio se ofrece una lista de abogados que pueden aconsejarle sobre el manejo del caso o para desempeñar determinadas funciones, además de una lista de mediadores aprobados por el tribunal.*

**Person Filing:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de persona:)*  
**Address (if not protected):** \_\_\_\_\_  
*(Mi domicilio) (si no protegida:)*  
**City, State, Zip Code:** \_\_\_\_\_  
*(ciudad, estado, código postal:)*  
**Telephone: / (Número de Tel. :)** \_\_\_\_\_  
**Email Address:** \_\_\_\_\_  
*(Dirección de correo electrónico:)*  
**ATLAS Number:** \_\_\_\_\_  
*(No. de ATLAS)(si aplica):*  
**Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado:)** \_\_\_\_\_

FOR CLERK'S USE ONLY  
*(Para uso de la Secretaria solamente)*

**Representing**  **Self, without a Lawyer** or  **Attorney for**  **Petitioner** OR  **Respondent**  
*(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)*

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA**  
**IN GRAHAM COUNTY**  
*(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA EN EL CONDADO DE GRAHAM)*

\_\_\_\_\_  
**Petitioner / (Peticionante)**

\_\_\_\_\_  
**Case No.** *(Número de caso)*

\_\_\_\_\_  
**Respondent / (Demandado)**

\_\_\_\_\_  
**ATLAS No.** *(Número ATLAS – si corresponde)*

**NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA**  
**NO entregue este documento a la otra parte**

**FAMILY COURT / SENSITIVE DATA COVERSHEET WITH CHILDREN**  
*(Tribunal de Familia / Hoja de información confidencial CON HIJOS)*  
**(Confidential Record) / (Registro Confidencial).**

**Fill out. File with Clerk of Court. Social Security Numbers should appear on this form only and should be omitted from other forms. Access Confidential pursuant to ARFLP 43 (G)(1).**  
*(Completar y presentar al Secretario del Tribunal. Los números de Seguro Social deben aparecer en este formulario solo y debe ser omitido de otros formularios. Acceso confidencial de conformidad con ARFLP 43 (G) (1)).*

<b>A. Personal Information:</b> <i>(Información persona:)</i>	<b>Petitioner</b> <i>(Peticionante)</i>	<b>Respondent</b> <i>(Demandado)</i>
_____ <b>Name / (Nombre)</b>	_____	_____
_____ <b>Gender / (Sexo)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male / (Masculino)</b> <input type="checkbox"/> <b>Female / (Femenino)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male / (Masculino)</b> <input type="checkbox"/> <b>Female / (Femenino)</b>
_____ <b>Date of Birth / (fecha de nacimiento)</b> <i>(Month/Day/Year) / (Mes, Dia, Año)</i>	_____	_____
_____ <b>Social Security Number</b> <i>(Número de seguro social)</i>	_____	_____

**WARNING!! DO NOT INCLUDE MAILING ADDRESS ON THIS FORM IF REQUESTING ADDRESS PROTECTION!**  
**(AVISO!! NO INCLUYA DIRECCIÓN POSTAL en este formulario si solicitan protección DIRECCIÓN!)**

**Mailing Address / (Dirección postal)**  
**City, State, Zip Code**  
(Ciudad, Estado, Código postal)

**Contact Phone / (tel de contacto)**

**Email Address / (Dirección electrónico)**

**Current Employer Name**  
(Nombre del patrón actual)

**Employer Address**  
(Dirección de la oficina de nómina)

**Employer City, State, Zip Code**  
(Ciudad Estado Código postal del patrón)

**Employer Telephone Number**  
(Telefono del patrón)

**Employer Fax Number**  
(Numero de fax del patrón)

**B. Child(ren) Information: / (Información de hijo(s))**

<b>Child Name</b> (Nombre de hijo)	<b>Gender</b> (Sexo)	<b>Child Social Security No.</b> (No. de seguro social de hijo)	<b>Child Date of Birth</b> (fecha de nacimiento de hijo)

**C. Type of Case being filed - Check only one category.**  
(Tipo de caso – Marque sólo una categoría.)

**Dissolution (Divorce)**  
(Disolución - Divorcio)

**Legal Separation**  
(Separación Legal)

**Annulment**  
(Anulación)

**Order of Protection**  
(Orden de Protección)

**Paternity**  
(Paternidad)

**\*Legal Decision Maker  
(Custody)/Visitation**  
(Tutela/Visita)

**\*Child Support**  
(Manutención de menores)

**Other**  
(Otro)

**Interpreter Needed:**  
(¿Necesita un intérprete?)  
 **Yes / (Si)**    **No / (No)**

**If yes, what language?**  
(Si es así, ¿qué idioma?)

**\*Check only if no other category applies**  
\*(Marque sólo si no hay otra categoría que se aplique)

**NO HAGA COPIAS O  
PRESENTE DE ESTA PAGINA  
NO entregue este documento a la otra parte**

**CENTRO DE AUTOSERVICIO**

**INSTRUCCIONES: CÓMO COMPLETAR LA PETICIÓN PARA HACER CUMPLIR UNA ORDEN DEL TRIBUNAL PARA MANUTENCIÓN**

**ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE NÍTIDAMENTE. USE SOLAMENTE TINTA NEGRA.**

*Haga corresponder las instrucciones numeradas a los números en la “Petición para hacer cumplir”.*

- (1) *Anote el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que está solicitando el cumplimiento. Si la está presentando un abogado, el abogado también tendrá que anotar su nombre y su número de inscripción en el colegio de abogado del estado.*
- (2) *Anote el nombre de las personas que se muestran como “Peticionante” y “Demandado(a)” en el caso en el que se emitió la orden de manutención que está tratando de hacer cumplir.*
- (3) *Anote el número de ATLAS (si se conoce) pertinente a este caso.*
- (4) *Anote el número de caso que se asignó al caso en el que se emitió la orden de manutención que está tratando de hacer cumplir.*
- (5) *Marque la casilla o las casillas apropiadas para indicar el tipo de manutención que está solicitando al tribunal que haga cumplir. **No** marque las casillas correspondientes a Manutención de menores, Manutención conyugal (pensión alimenticia) o “Atraso” para éstas, a menos que la otra persona esté atrasada por lo menos un mes en sus pagos.*

**INSTRUCCIONES PARA LA SECCIÓN A**

**Complete la Sección A solamente si marcó la casilla o las casillas para hacer cumplir la pensión alimenticia y/o el Atraso en pensión alimenticia.**

- (A)(1) *Fecha(s) de la orden u órdenes que quiere hacer cumplir.*
- (2) *Nombre del juzgador que firmó su orden.*
- (3) *Nombre de la parte que le debe manutención de menores.*
- (4) *Monto de la manutención de menores que el tribunal ordenó a la otra parte que pague **Y la redacción exacta de la orden.** Si no tiene una copia de su orden, podrá obtener una copia del Secretario del Tribunal en cualquiera de las siguientes ubicaciones del tribunal:*

Graham County Clerk of the Court  
800 W. Main Street  
Safford, Arizona 855462

- (5) *Ingrese el monto total de la pensión alimenticia atrasada.*
- (6) *Anote el período de tiempo durante el cual usted alega que no se le pagó la manutención vencida.*
- (7) *Entre en el importe de cualquier Pago de Manutención de menores hecho directamente a usted y NO a través del Clearinghouse.*

**INSTRUCCIONES PARA LA SECCIÓN B**

**Complete la Sección B solamente si marcó la casilla o las casillas para hacer cumplir la Manutención conyugal (pensión alimenticia) y/o los Atrasos en manutención conyugal (pensión alimenticia atrasada).**

- (B)(1) *Fecha(s) de la orden u órdenes que quiere hacer cumplir.*
- (2) *Nombre del juzgador que firmó su orden.*
- (3) *Nombre de la parte que le debe manutención conyugal.*
- (4) *Monto de la manutención conyugal que el tribunal ordenó a la otra parte que pagara Y la redacción exacta de la orden. Si no tiene una copia de su orden, podrá obtener una copia del Secretario del Tribunal en cualquiera de las ubicaciones indicadas bajo (A) (4) en la página anterior:*
- (5) *Ingrese el monto total de la pensión alimenticia atrasada.*
- (6) *Anote el período de tiempo durante el cual usted alega que no se le pagó la manutención vencida.*
- (7) *Entre en el importe de cualquier Pago de Mantenimiento conyugal hecho directamente a usted y NO a través del Clearinghouse.*

**INSTRUCCIONES PARA LA SECCIÓN C**

**Complete la Sección C solamente si marcó la casilla o las casillas para hacer cumplir Reembolso de gastos médicos o Cobertura de aseguranza médica. NOTA: Si completó la Sección C, también tendrá que completar y adjuntar el “Apéndice A”, la “Hoja de datos financieros para determinar los gastos médicos no reembolsados” (la que incluye gastos dentales y relacionados con la vista).**

- (C)(1) *Fecha(s) de la orden u órdenes que quiere hacer cumplir.*
- (2) *Nombre del juzgador que firmó su orden.*
- (3) *Nombre de la parte que le debe el reembolso de gastos por cuidado médico, dental o relacionados con la vista o a quien se le ordenó que suministrara cobertura de aseguranza.*
- (4) *Lo que la orden dice sobre el suministrar cobertura de aseguranza o pago de gastos médicos. Use la redacción exacta de la orden. Si no tiene una copia de su orden, podrá obtener una copia del Secretario del Tribunal en cualquiera de las ubicaciones indicadas bajo (A) (4) en la página anterior:*

- (5) *SI la otra persona no suministró cobertura de aseguranza de la manera ordenada, anote el período de tiempo durante el cual usted alega que no se le suministró cobertura de aseguranza.*
- (6) *Complete el Apéndice A, la Hoja de datos financieros para determinar los gastos médicos no reembolsados. Anote el monto total de reembolso que está atrasado de conformidad con la Hoja de datos financieros.*

### **SOLICITUDES AL TRIBUNAL**

*Usted no tiene que llenar nada en esta sección. El tribunal puede considerar ésta u otras acciones adecuadas para su situación.*

### **DECLARACIÓN O AFIRMACIÓN**

*No firme y feche la **Petición** hasta que el Secretario del Tribunal Superior o un Notario Público le indiquen que lo haga. Su firma autenticada le indica al tribunal que la información que usted ha suministrado es verdadera y correcta, según su mejor saber y entender, bajo pena de ley.*

### **PROCEDIMIENTOS: QUÉ HACER DESPUÉS DE HABER COMPLETADO LA PETICIÓN**

*Después de haber completado la **Petición** y toda **Hoja de datos financieros** requerida, vaya a la página de “Procedimientos” al final de esta serie de documentos y siga los pasos indicados ahí en lo que se refiere al número de copias, honorarios para la presentación, etc.*

**AVISO A LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA PETICIÓN:** *Después de que esta petición se presente ante el Secretario del Tribunal, usted tendrá que obtener una **Orden de comparencia del Centro de Conferencias del Tribunal de Familia** (conocido previamente como “Servicios Expeditos”). La **Orden de comparencia** le indicará qué información debe traer al tribunal y la fecha y hora de su conferencia y audiencia. La persona que presentó la petición tiene que encargarse de la entrega de la **Petición** y de la **Orden de comparencia** a la otra persona.*

*La entrega podrá hacer por medio de un notificador autorizado, por un oficial de justicia o por correo con constancia de acuse de recibo o servicio de mensajería comercial (como FedEx, DHL o UPS) con el que pueda obtener una copia de la firma de acuse de recibo de la otra parte para presentarla al tribunal.*

***Solamente** podrá hacer la entrega personalmente o enviar los documentos sin comprobante de entrega si la otra persona firma una **Aceptación de notificación**, ante Notario Público o un Secretario del Tribunal Superior, y va a devolver ese formulario para que usted lo presente ante el tribunal.*

Person Filing: \_\_\_\_\_

(Nombre de persona:)

Address (if not protected): \_\_\_\_\_

(Mi domicilio) (si no protegida:)

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_

(ciudad, estado, código postal:)

Telephone: / (Número de Tel. :) \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

(Dirección de correo electrónico:)

ATLAS Number: \_\_\_\_\_

(No. de ATLAS)(si aplica):

Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado:)

Representing  Self, without a Lawyer or  Attorney for  Petitioner OR  Respondent

(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)

For Clerk's Use Only  
(Para uso de la Secretaria  
solamente)

## SUPERIOR COURT OF ARIZONA IN GRAHAM COUNTY

(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
EN EL CONDADO DE GRAHAM)

\_\_\_\_\_  
Petitioner (Peticionante) (2)

Case Number \_\_\_\_\_ (4)  
(Número de caso)

\_\_\_\_\_  
Respondent (Demandado/a) (2)

### PETITION TO ENFORCE (PETICIÓN PARA HACER CUMPLIR)

- (5)  Child Support  
(Pensión Alimenticia)
- Child Support Arrears  
(Atrasos en manutención de menores)
- Spousal Maintenance (alimony)  
(Manutención conyugal (pensión alimenticia))
- Spousal Maintenance Arrears  
(Atrasos en manutención conyugal)
- Medical Insurance Coverage  
(Cobertura de aseguranza médica)
- Medical Expense Reimbursement  
(Expedited Process)  
(Reembolso de gastos médicos  
(Proceso expedito))

\_\_\_\_\_  
ATLAS No. (3)  
(No. de ATLAS)

### SECTION A: Complete this section ONLY if you marked boxes above to enforce Child Support and/or Child Support Arrears.

(SECCIÓN A: Complete esta sección SOLAMENTE si marcó las casillas anteriores para hacer cumplir la Manutención de menores y/o el Atraso en manutención de menores.)

On this date (1) \_\_\_\_\_, the Honorable (2) \_\_\_\_\_, a Judicial Officer of the Superior Court of Arizona, ordered (3) \_\_\_\_\_ to pay child support as follows: (4)

(En esta fecha (1) XX, el honorable (2) XX, juzgador del Tribunal Superior de Arizona, ordenó a (3) XX pagar manutención de menores, a saber:) (4))

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

The total amount of child support past due beginning from the first court order to present is (5) \$ \_\_\_\_\_, for the time period beginning (6) \_\_\_\_\_, through \_\_\_\_\_.

(El importe de **manutención de menores** que el principio atrasado de la primera orden judicial para presentar es (5) \$ XXX, durante el período de tiempo que comienza (6) XXXXXXXXX, a través de XXXXXX.)

**SECTION B: Complete this section ONLY if you marked boxes above to enforce Spousal Maintenance (alimony) and/or Spousal Maintenance Arrears.**  
(SECCIÓN B: (Complete esta sección SOLAMENTE si marcó las casillas anteriores para hacer cumplir la Manutención conyugal (pensión alimenticia) y/o el Atraso en manutención conyugal.)

On this date (1) \_\_\_\_\_, the Honorable (2) \_\_\_\_\_, a Judicial Officer of the Superior Court of Arizona, ordered (3) \_\_\_\_\_ to pay spousal maintenance as follows: (4)

(En esta fecha (1) XX, el honorable (2) XX, juzgador del Tribunal Superior de Arizona, ordenó a (3) XX pagar manutención conyugal, a saber:) (4))

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

The total amount of spousal maintenance and owed since the first court order is (5) \$ \_\_\_\_\_, for the time period beginning (6) \_\_\_\_\_, through \_\_\_\_\_.

Spousal maintenance payments made directly to me since the first court order are (7) \_\_\_\_\_. (If the amount is more than zero, please complete an Affidavit of Direct Payment and file it with this Petition).

(El importe del mantenimiento conyugal y debido ya que la primera orden judicial es (5) \$ XXXX, durante el período de tiempo que comienza (6) XXXXX, a través de XXXXXX. Los pagos de mantenimiento conyugales hechos directamente a mí desde la primera orden judicial son (7) XXXXX. (Si la cantidad es más que el cero, por favor complete una Declaración jurada del Pago Directo y archívelo con esta Petición).)

**SECTION C: Complete this section ONLY if you marked any of the boxes to enforce: Medical Insurance Coverage or Reimbursement of Medical / Dental / Vision Care Expenses.**

*(SECCIÓN C: Complete esta sección SOLAMENTE si marcó cualquiera de las casillas para hacer cumplir: cobertura de aseguranza médica o reembolso de gastos médicos / dentales / relacionados con la vista.)*

**On this date (1) \_\_\_\_\_, the Honorable (2) \_\_\_\_\_, a Judicial Officer of the Superior Court of Arizona, ordered (3) \_\_\_\_\_ to obtain medical insurance coverage and/or to pay the following percent of uninsured medical, dental or vision expenses as follows: (4)**

*(En esta fecha (1) XX, el honorable (2) XX, juzgador del Tribunal Superior de Arizona, ordenó a (3) XX obtener cobertura de aseguranza médica y/o pagar el siguiente porcentaje de los gastos médicos, dentales o relacionados con la vista indicados, a saber: (4))*

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

**The time period for which medical insurance coverage was not provided is from (5) \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.**

*(El período de tiempo por el que no se suministró cobertura de aseguranza médica es de (5) XX a XX.)*

**I have completed and attached “Attachment A”, the “Unreimbursed Medical Expense Worksheet”, a chronological (earliest to most recent) summary of all bills claimed, insurance payments, personal payments, and the remaining unpaid balance on each bill. The Worksheet shows the total amount of medical, dental or vision care expense reimbursement that is past due is (6) \_\_\_\_\_.**

**Documentation of these expenses has been presented to the other party and reimbursement is more than 30 days past due.**

*(He completado y adjuntado el “Apéndice A”, la “Hoja de datos financieros para determinar los gastos médicos no reembolsados”, un resumen cronológico (del más antiguo al más reciente) de todas las facturas, pagos de seguro, pagos personales y el saldo adeudado para cada factura. La Hoja de datos financieros indica que el monto total del reembolso por gastos de cuidado médico, dental o relacionados con la vista vencido es de (6) XX. Se ha presentado documentación de estos gastos a la otra parte y el reembolso tiene más de 30 días de vencido.)*

## REQUESTS TO THE COURT

(SOLICITUDES AL TRIBUNAL)

I request that the Court consider any or all of the following action(s):

(Solicito que el tribunal considere la siguiente o todas las siguientes acciones:)

- **Order the other person to bring to the conference those items set forth in the Order to Appear.**  
(Ordene a la otra parte que traiga a la conferencia los artículos establecidos en la Orden de comparencia.)
- **Enter judgment for past-due support, un-reimbursed uninsured medical/dental/vision care expenses, clerk's fees, service costs, and other court costs against the other party.**  
(Registre un fallo contra la otra parte por manutención vencida, gastos de cuidado médico / dental / relacionado con la vista no asegurados no reembolsados, honorarios del secretario, costos de la notificación, y otros costos del tribunal.)
- **Enter an Income Withholding Order to require the other person's employer to take money for the following from the other person's paycheck: current child support, child support arrears, current spousal maintenance, and/or spousal maintenance arrears.**  
(Presente una Orden de Retención de ingresos para exigir que el empleador de la otra persona deduzca dinero del cheque de salario de la otra persona para lo siguiente: manutención de menores actual, pensión alimenticia atrasada, manutención conyugal actual y/o manutención conyugal atrasada.)
- **Order the other person to pay support through the Support Payment Clearinghouse.**  
(Ordene a la otra persona que pague manutención a través de la Cámara Compensadora de Pagos de Manutención.)
- **Find the other party in civil contempt of court and order sanctions, that may include but are not limited to, incarceration and the posting of a surety bond.**  
(Declare a la otra parte en desacato civil y ordene sanciones, las que pueden incluir pero no se limitan a encarcelamiento y el establecimiento de una garantía de cumplimiento de obligaciones.)
- **Issue a civil or child support arrest warrant if the other party fails to appear, and/or enter a default judgment.**  
(Emita una orden civil o de arresto por manutención de menores si la otra parte no comparece y/o registre un fallo por incumplimiento.)
- **Order the other party to provide evidence of medical insurance coverage within a fixed period of time.**  
(Ordene a la otra parte que suministre prueba de cobertura de aseguranza médica dentro de los límites de un período de tiempo determinado.)
- **Order other relief as deemed just and proper by the court.**  
(Ordene cualquier otro desagravio que el tribunal considere justo y apropiado.)

**OATH OR AFFIRMATION for PETITION TO ENFORCE SUPPORT ORDER**  
(DECLARACIÓN O AFIRMACIÓN para PETICIÓN PARA HACER CUMPLIR UNA ORDEN DE MANUTENCIÓN)

**I state to the Court under penalty of perjury that the contents of this document are true and correct to the best of my knowledge and belief.**

*(Declaro ante el tribunal, bajo pena de perjurio, que el contenido de este documento es verdadero y correcto según mi mejor saber y entender.)*

\_\_\_\_\_  
**Signature**  
*(Firma)*

\_\_\_\_\_  
**Date**  
*(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
**STATE OF**  
*(ESTADO DE)*

\_\_\_\_\_  
**COUNTY OF**  
*(CONDADO DE)*

**Subscribed and sworn to or affirmed before me this:** \_\_\_\_\_ **by** / *(por)*  
*(Jurado o aseverado ante mí en la fecha de hoy:)* **(date)** / *(fecha)*

\_\_\_\_\_.

**(notary seal)** / *(sello notarial)*

\_\_\_\_\_  
**Deputy Clerk or Notary Public**  
*(Secretario Auxiliar o Notario público)*

**IMPORTANT INFORMATION**  
(INFORMACIÓN IMPORTANTE)

**After this petition is filed with the Clerk of the Court you must get an Order to Appear from the Family Court Conference Center (formerly “Expedited Services”). The Order to Appear will tell you what information you need to bring to court and the date and time of your conference and hearing. The person who filed the petition must arrange delivery of the petition and the Order to Appear to the other person.**

*(Después de que esta petición se presente ante el Secretario del Tribunal, usted tendrá que obtener una Orden de comparencia del Centro de Conferencias del Tribunal de Familia (conocido previamente como “Servicios Expeditos”). La Orden de comparencia le indicará qué información debe traer al tribunal y la fecha y hora de su conferencia y audiencia. La persona que presentó la petición tiene que encargarse de la entrega de la petición y de la Orden de comparencia a la otra persona.)*

**Delivery may be by licensed process server, law enforcement officer, or by return receipt mail or commercial delivery service (such as FedEx, DHL, or UPS) where you can obtain a copy of the other party’s signature of receipt to file with the Court. You may only hand-deliver or otherwise send without proof of delivery if the other person will sign an Acceptance of Service, in front of a Notary Public or a Clerk of the Superior Court, and will return that form for you to file with the Court.**

*(La entrega podrá hacer por medio de un notificador autorizado, por un oficial de justicia o por correo con constancia de acuse de recibo o servicio de mensajería comercial (como FedEx, DHL o UPS) con el que pueda obtener una copia de la firma de acuse de recibo de la otra parte para presentarla al tribunal. **Solamente** podrá hacer la entrega personalmente o enviar los documentos sin comprobante de entrega si la otra persona firma una **Aceptación de notificación**, ante Notario Público o un Secretario del Tribunal Superior, y va a devolver ese formulario para que usted lo presente ante el tribunal.)*

**The conference and hearing may last two hours and additional conferences or hearings may be scheduled if needed. Conferences are for the Petitioner and the Respondent. Attorneys are invited to attend and participate in the conference. Spouses, children, family members, significant others, and friends will not be allowed in the conference.**

*(La conferencia y la audiencia pueden durar dos horas y, si es necesario, pueden programarse conferencias o audiencias adicionales. Las conferencias son para el Peticionante y para el Demandado. Se invita a los abogados a asistir y participar en la conferencia. **No** se permitirá la presencia de cónyuges, menores de edad, familiares, parejas sentimentales y amigos en la conferencia.)*

**DO NOT BRING CHILDREN.**  
(NO TRAIGA A MENORES.)

**They will not be allowed in the conference or hearing and may NOT be left unattended.**  
(No se les permitirá acudir a la conferencia o audiencia y **NO** se les podrá dejar sin supervisión.)

## Attachment A: UNREIMBURSED MEDICAL, DENTAL & VISION CARE EXPENSES

*Anexo A: GASTOS MÉDICOS, DENTALES Y RELACIONADOS CON LA VISTA NO REEMBOLSADOS*

**Submitted by:** \_\_\_\_\_  
*(Presentado por:) your name / (su nombre)*

**Case Number: / (Número de caso:)** \_\_\_\_\_

**Father's Name:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre del padre:)*

**Father's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:**  
*(La parte del padre de todos los gastos no reembolsados indicados en esta hoja es:)* \_\_\_\_\_

**Mother's Name:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la madre:)*

**Mother's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:**  
*(La parte de la madre de todos los gastos no reembolsados indicados en esta hoja es:)* \_\_\_\_\_

**Total: / (Total:)** 100%

Date of Service <i>(oldest-first) (Fecha del servicio) (más antiguo primero)</i>	Name of Health Care Provider <i>(Nombre del proveedor de servicios de cuidado de la salud)</i>	Total Amount of Bill <i>(Monto total de la factura)</i>	Amount of Bill Paid by Insurance or 3 <sup>rd</sup> Party <i>(Monto de la factura pagada por el seguro o un tercero)</i>	Amount of Bill Paid by Father <i>(Monto de la factura pagada por el padre)</i>	Amount of Bill Paid by Mother <i>(Monto de la factura pagada por la madre)</i>	Remaining Balance of Bill Due <i>(Saldo de la factura adeudado)</i>	Amount of Father's Remaining Responsibility <i>(Monto restante responsabilidad del padre)</i>	Amount of Mother's Remaining Responsibility <i>(Monto restante responsabilidad de la madre)</i>



## CENTRO DE AUTOSERVICIO

### **PROCEDIMIENTOS: QUÉ HACER DESPUÉS DE HABER COMPLETADO LOS DOCUMENTOS PARA HACER CUMPLIR UNA ORDEN PARA MANUTENCIÓN**

**PASO 1. HAGA 3 COPIAS\* DE:** (4, si el estado de Arizona [DES o DCSS] está involucrado)

- “Petición para hacer cumplir una orden para manutención”
- Apéndice A (de requerirse)

**PASO 2. SEPARE SUS DOCUMENTOS EN TRES (4)\* JUEGOS:**

<b>JUEGO 1 – ORIGINALES PARA EL SECRETARIO DEL TRIBUNAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Petición para hacer cumplir una orden para manutención”</li><li>• Apéndice A (de requerirse)</li></ul>	<b>JUEGO 2 – COPIAS PARA EL CENTRO DE CONFERENCIAS DEL TRIBUNAL DE FAMILIA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Petición para hacer cumplir una orden para manutención”</li><li>• Apéndice A (de requerirse)</li></ul>
<b>JUEGO 3 – COPIAS PARA LA OTRA PARTE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Petición para hacer cumplir una orden para manutención”</li><li>• Apéndice A (de requerirse)</li></ul>	<b>JUEGO 4 – COPIAS PARA USTED</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Petición para hacer cumplir una orden para manutención”</li><li>• Apéndice A (de requerirse)</li></ul>

**\* Si el DES o la DCSS está implicado también necesitará una copia adicional de la Petición y de la Orden de Comparencia (5to juego) para presentar al Estado tal como se describe en el PASO 5 en la siguiente página.**

**PASO 3. DIRÍJASE AL MOSTRADOR PARA PRESENTAR DOCUMENTOS DEL SECRETARIO DEL TRIBUNAL PARA PRESENTAR SUS DOCUMENTOS.** Podrá presentar sus documentos de 8:00a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, en las siguientes sedes del Tribunal Superior:

Graham County Clerk of the Court  
800 W. Main Street  
Safford, Arizona 855462

Entregue los originales y todos los juegos de copias al Secretario en el mostrador para presentar documentos y pague la cuota procesal. El Secretario se quedará con los originales, colocará un sello en las copias adicionales para mostrar que éstas son copias de documentos que usted ha presentado ante el tribunal, y le devolverá las copias selladas a usted. Los juegos de copias selladas se conocen ahora como “conformed copies”.

**HONORARIAS:** Una lista de las cuotas actuales está disponible en el Centro de autoservicio y de la Secretaría del Tribunal en el sitio web.

Si usted no puede pagar el honorario de presentación y/o el pago de los documentos servidos por el Sheriff, o por publicación, usted puede solicitar un aplazamiento (plan de pago) al presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal. Aplazamiento Aplicaciones disponibles sin cargo alguno en el Centro de autoservicio.

**PASO 4. VAYA AL “CENTRO DE CONFERENCIAS DEL TRIBUNAL DE FAMILIA”**  
(conocido previamente como “Servicios Expeditos”)

Graham County Clerk of the Court  
800 W. Main Street  
Safford, Arizona 855462

**ENTREGUE EL JUEGO 2 DE COPIAS SELLADAS POR EL  
SECRETARIO DEL TRIBUNAL y  
RECOJA UNA “ORDEN DE COMPARENCIA”.**

El Centro de Conferencias del Tribunal Familiar programará una conferencia y audiencia. Usted y la otra parte se reunirán con un oficial de consulta para hablar sobre el caso y para tratar de llegar a un acuerdo en la mayoría posible de asuntos. Para los asuntos para los que no puedan llegar a un total acuerdo, se tendrá una audiencia inmediatamente después de la conferencia para decidir el caso.

**LA FECHA, HORA Y LUGAR DE LA CONFERENCIA/AUDIENCIA SE INDICARÁ EN LA “ORDEN DE COMPARENCIA”. Haga 1 copia (2 si el DES está involucrado) de la Orden de Comparencia.**

- Entregue el **Juego 3** y la **Orden de Comparencia** original a la otra parte.
- **Quédese con el Juego 4** y con una copia de la **Orden de comparencia** para sus archivos.
- Entregue el **Juego 5** y una copia de la **Orden de Comparencia** al estado, si se requiere (vea el #5).

**PASO 5: ENTREGUE LOS DOCUMENTOS A LA(S) OTRA(S) PARTE(S).** Los documentos se podrán entregar por medio del Departamento del Alguacil (“**Sheriff**”), por medio de un notificador autorizado, por un servicio de mensajería comercial o por correo con el que pueda obtener la firma original o una copia de la firma de la otra parte confirmando la entrega, o por un **Acuso de notificación**, como se describe en la serie de documentos de “**NOTIFICACIÓN**” disponible a través del Centro de Autoservicio o del Internet.

***El estado de Arizona puede estar involucrado*** si cualquiera de las partes recibe beneficios de ayuda pública para los menores o ha usado los servicios del estado para establecer o recibir pensión alimenticia. Si cualquiera de las partes ya tiene un caso con el Estado (**DCSS o DES**) que involucre a los mismos menores de este caso, **también será necesario** notificar esta acción a la Oficina del Procurador General del Estado.

**ENTREGA DE DOCUMENTOS AL ESTADO:** (si se requiere) La Oficina del Procurador General del Estado (**“Office of the Attorney General”**) aceptará la entrega firmando un formulario de **“Acuso de notificación”** y devolviendo el formulario para que usted lo presente al tribunal. No hay cuotas procesales por la presentación de un Acuso al Estado, tal como se describe a continuación:

(a) Podrá enviar o entregar personalmente una copia de la **“Petición”**, **“Orden de comparencia”**, **Apéndice A** (se requieren) y una **“Aceptación de notificación”/“Acuso de notificación”** a la Oficina del Procurador General del Estado asignado a su caso. La **Aceptación** puede adquirirse como parte de la serie de documentos de **“NOTIFICACIÓN”** del Centro de Autoservicio, o descargarse gratis del Internet de la dirección antes mencionada.

**Puede obtenerse una lista de direcciones de la CSES de la Oficina del Procurador General del Estado** a través del Centro de Autoservicio o del Internet.

(b) También puede haber un "buzón" en el área del mostrador para presentar documentos del Secretario del Tribunal en el que usted podrá dejar los documentos antes indicados y el sobre para el **Procurador General (“Attorney General”)**. Pregúntele al secretario en el mostrador para presentar documentos o

(c) Podrá enviar todos los documentos indicados y el sobre por correo a

**Office of the Attorney General  
Child Support Enforcement Section  
P. O. Box 6123, Site Code 775  
Phoenix, Arizona 85005**

**PASO 6. VAYA A LA CONFERENCIA/AUDIENCIA JUDICIAL.** Si se ha programado una conferencia y una audiencia, cerciórese de anotar la fecha, hora y lugar de la audiencia judicial, y venga a la audiencia.

- ***Sea puntual.***
- ***Vístase de forma presentable.***
- ***No traiga menores al tribunal.***

***OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.***

For Clerk's Use Only  
(Por uso de la Secretario solamente)

**CURRENT EMPLOYER OR OTHER PAYOR INFORMATION**  
(INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ACTUAL O OTROS PAGADOR)

This form must be completed for / (Este formulario debe completarse para)

- "Income Withholding Order"**  
(*"Orden de Retención de Ingresos"*)
- "Order to Stop an Income Withholding Order"**  
(*"Orden de suspensión de una Orden de Retención de Ingresos"*)
- "Notification of a Change of Employer or Other Payor"**  
(*"Notificación de un cambio de patrono o otros pagador"*)

**CASE NUMBER** \_\_\_\_\_  
(NÚMERO DEL CASO)

**ATLAS NUMBER** \_\_\_\_\_  
(NÚMERO ATLAS)

**PAYOR NAME** \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PAGADOR) Name of Person Responsible to Make Payment / (Nombre de la persona que hará el pago)

List only the Employer or \*Other Payor's Name and Payroll Address where the **"Income Withholding Order"** or **"Stop Income Withholding Order"** should be mailed.

(Escriba sólo el nombre del patrono o otros pagadores y la dirección de la Oficina de Nómina a donde se enviará la **"Orden de Retención de Ingresos"** o la **"Suspensión de Orden de Retención de Ingresos"**.)

**CURRENT EMPLOYER/\*OTHER PAYOR NAME:** \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PATRONO /OTROS PAGADOR ACTUAL)

**PAYROLL/\*OTHER PAYOR ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE NÓMINA O OTROS PAGADOR)

**CITY** \_\_\_\_\_ **STATE** \_\_\_\_\_ **ZIP** \_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

**PHONE NUMBER** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **FAX NUMBER** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATRONO) (NÚMERO DE FAX)

**FOR COURT USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**  
(PARA UTILISATION DEL TRIBUNAL SOLAMENTE. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

**WA/FSC**    **WA/LOG ID:** \_\_\_\_\_  
**DATE:** \_\_\_\_\_  
**EMPLOYER STATUS:** \_\_\_\_\_  
**NEW WA:** \_\_\_\_\_  
**AG:** \_\_\_\_\_

**TYPE WA:** \_\_\_\_\_  
**AMOUNT OF ORDER:** \_\_\_\_\_  
**ENTERED BY:** \_\_\_\_\_  
**SUB:** \_\_\_\_\_  
**DCSE:** \_\_\_\_\_

FOR CLERK'S USE ONLY

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA  
GRAHAM COUNTY**

\_\_\_\_\_  
Name of Petitioner

Case No. \_\_\_\_\_

**ORDER TO APPEAR**

\_\_\_\_\_  
Name of Respondent

**READ ME: This is an important Court Order that affects your rights. Read this Order carefully. If you do not understand this Order, contact a lawyer for help.**

Based on the \_\_\_\_\_, the documents filed with it, and pursuant to Arizona Law,

**IT IS ORDERED THAT YOU** \_\_\_\_\_ (name) appear at the time and place stated below so the court can determine whether the relief asked for in the Motion/Petition should be granted.

**NAME OF JUDICIAL OFFICER:** \_\_\_\_\_

**DATE AND TIME OF HEARING:** \_\_\_\_\_

**PLACE OF HEARING:** Graham County Superior Court

**ADDRESS:** 800 W. Main Street  
Safford, AZ 85546

**IT IS FURTHER ORDERED** that a true copy of this **“Order to Appear”** and a true copy of the Motion/Petition and documents filed with the Motion/Petition shall be served by the moving party on the parties who are required to appear and a true copy of these documents shall be mailed immediately to parties who have appeared in this action, in accordance with Arizona Rules of Family Law Procedure, Rules 40-43, 47.

Requests for reasonable accommodation for persons with disabilities must be made to the office of the Judge or Commissioner scheduled to hear this case five days before your scheduled court date.

DONE IN OPEN COURT: \_\_\_\_\_  
Judge/Commissioner of the Superior Court

**READ ME.** The court will determine the time needed for the hearing. All parties, whether represented by attorneys or not, must be present. If there is a failure to appear, the court may make such orders as are just, including granting the relief requested by the party who does appear.