

INCOME WITHHOLDING FOR SUPPORT
(RETENCIÓN DE INGRESOS PARA
PENSIÓN ALIMENTICIA DE MENORES)

OMB 0970-0154
Expiration Date: 09/30/2023
(Fecha de caducidad:)

I. Sender Information: (Completed by the Sender)

(I. Información sobre el remitente: (El remitente la debe llenar.))

Date: / (Fecha:) _____

- 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)

- 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** (Check One) (Persona particular/entidad (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 _____
(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)

II. Employer and Case Information: (Completed by Sender) / (II. Información sobre la orden: (El remitente la debe llenar.))

RE: / (REF): _____

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

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

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

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

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

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))

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))

III. Order Information: (Completed by the Sender) / (III. Datos de la orden: (Los debe llenar el remitente))

This document is based on the support order from _____ (State/Tribe). You are required by law to deduct these amounts from the employee/obligor's income until further notice. / (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.)

Employer/Income Withholder's Name: _____
(Nombre del empleador/retenedor de ingresos)

Employer/Income Withholder's FEIN: _____
(FEIN del empleador)

Employee/Obligor's Name: _____
(Nombre del empleado/deudor)

SSN: _____
(SSN)

Case ID: _____
(Identificador de caso)

Order ID: _____
(Identificador de la orden)

\$ _____ Per / (por) _____ current child support / (pensión alimenticia de menores del periodo en curso)
\$ _____ Per / (por) _____ 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) _____ current cash medical support / (Pagos por atención medica del periodo en curso)
\$ _____ Per / (por) _____ past-due cash medical support / (Pagos por atención médica en mora)
\$ _____ Per / (por) _____ current spousal support / (Pensión alimenticia entre cónyuges del período en curso)
\$ _____ Per / (por) _____ past-due spousal support / (Pensión alimenticia entre cónyuges en mora)
\$ _____ Per / (por) _____ other (must specify) / (Otro (debe especificarse)) _____
for a Total Amount to Withhold of \$ _____ per _____ / (para un monto total por retener de \$XX.XX por XXX.)

IV. Amounts to Withhold: (Completed by the Sender) / (IV. Montos por retener: (Los debe llenar el remitente))

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: / (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:)

\$ _____ per weekly pay period (por pago semanal) \$ _____ per semimonthly pay period (twice a month) (por pago bimensual (dos veces por mes))
\$ _____ per biweekly pay period (every two weeks) (por pago bisemanal (cada dos semanas)) \$ _____ 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.)

PAPERWORK REDUCTION ACT OF 1995 (Pub. L. 104-13) STATEMENT OF PUBLIC BURDEN: The purpose of this information collection is to provide uniformity and standardization. Public reporting burden for this collection of information is estimated to average two to five minutes per response, including the time for reviewing instructions, gathering and maintaining the data needed, and reviewing the collection of information. This is a mandatory collection of information in accordance with 45 CFR 303.100 of the Child Support Enforcement Program. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information subject to the requirements of the Paperwork Reduction Act of 1995, unless it displays a currently valid OMB control number. If you have any comments on this collection of information, please contact the Employer Services Team by email at employerservices@acf.hhs.gov. / (Ley de reducción de trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) AVISO DE TIEMPO APROXIMADO NECESARIO PARA PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA. Esta recopilación de información es obligatoria y se realiza según la sección 303 del código 45 del Código de Reglamento Federal (CFR por sus siglas en inglés) del Programa de Ejecución de Pensión Alimenticia de Menores. Tiene el fin de brindar uniformidad y estandarización. El tiempo aproximado que se necesita para esta recopilación de información se estima en un promedio de dos a cinco minutos por respuesta, incluyendo el tiempo que se necesite para leer las instrucciones, recopilar y mantener la información que se pide y repasar la recopilación de información. Una agencia no podrá llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información sujeta a los requisitos de la Ley de reducción de trámites de 1995, ni se requiere que una persona responda a dicha recopilación, si esta no exhibe un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). Si usted quisiera hacer algún comentario sobre esta recopilación de información, comuníquese con el Equipo de servicios para empleadores (Employer Services Team) al employerservices@acf.hhs.gov.)

V. Remittance Information: (Completed by the Sender except for the "Return to Sender" check box.) / (V. Datos de las remesas: (Los llena el remitente salvo la casilla "Devolver al remitente").)

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 the order/notice. 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 employee/obligor's principal place of employment is not Arizona (State/Tribe), obtain withholding limitations, time requirements, the appropriate method to allocate among multiple child support cases/orders and any allowable employer fees from the jurisdiction of the employee/obligor's principal place of employment. / (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/aviso. 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 lugar principal de empleo del empleado/deudor no es Arizona (estado/tribu), consulte los límites de retención, plazos, el método correspondiente de distribución entre varios casos u órdenes de pensión alimenticia de menores y las cuotas que pueda cobrar el empleador, en su caso, en la jurisdicción del lugar principal de empleo del empleado/deudor.)

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

Employer/Income Withholder's Name: _____
(Nombre del empleador/retenedor de ingresos)

Employer/Income Withholder's FEIN: _____
(FEIN del empleador.)

Employee/Obligor's Name: _____
(Nombre del empleado/deudor.)

SSN: _____
(SSN.)

Case ID: _____
(Identificador de caso.)

Order ID: _____
(Identificador de la orden.)

www.acf.hhs.gov/sites/default/files/programs/css/tribal_agency_contacts_printable_pdf.pdf or
https://www.bia.gov/tribalmmap/DataDotGovSamples/tld_map.html. / (Se puede obtener información sobre los límites de retención de cada estado en www.acf.hhs.gov/css/resource/state-income-withholding-contacts-and-program-requirements. Para obtener información de contacto de las tribus, así como direcciones a donde enviar los pagos y los límites de retención, 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/tribalmmap/DataDotGovSamples/tld_map.html.)

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. The CCPA is available at www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/legacy/files/garn01.pdf. 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. / (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. La CCPA se encuentra en <http://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHD/legacy/files/garn01.pdf>. 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.)

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. / (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.)

If the obligor is a nonemployee, obtain withholding limits from the Supplemental Information section in this IWO. This information is also available at www.acf.hhs.gov/css/resource/state-income-withholding-contacts-and-program-requirements. / (Si el deudor no es un empleado, consulte los límites de retención en la sección "Información suplementaria" de la presente IWO. Esta información también se puede encontrar en www.acf.hhs.gov/css/resource/state-income-withholding-contacts-and-program-requirements.)

Remit payment to _____ (SDU/Tribal Order Payee)
at _____ (SDU/Tribal Payee Address)
(Envíe el pago a [Support Payment Clearinghouse](http://www.acf.hhs.gov) (SDU / beneficiario por orden tribal) en P.O. Box 52107, Phoenix, AZ 85072-2107 (SDU / dirección de beneficiario tribal))

Include the Remittance ID with the payment and if necessary this [locator code](#) of the SDU/Tribal order payee _____ on the payment. / (Incluir el identificador de remesa con el pago y, de ser necesario, este código localizador de la SDU/beneficiario por orden tribal: XXX con el pago.)

To set up electronic payments or to learn state requirements for checks, contact the State Disbursement Unit (SDU). Contacts and information are found at <https://www.acf.hhs.gov/css/contact-information/sdu-eft-contacts-and-program-requirements>. / (Para poder realizar pagos electrónicos o para averiguar los requisitos estatales de los cheques, comuníquese con la SDU. Se encuentran los contactos y más información en www.acf.hhs.gov/css/resource/sdu-eft-contacts-and-program-requirements.)

[] 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 in Section VI). 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 en Sección VI). 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.)

Employer/Income Withholder's Name: _____
(Nombre del empleador/retenedor de ingresos)

Employer/Income Withholder's FEIN: _____
(FEIN del empleador.)

Employee/Obligor's Name: _____
(Nombre del empleado/deudor.)

SSN: _____
(SSN.)

Case ID: _____
(Identificador de caso.)

Order ID: _____
(Identificador de la orden.)

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

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.)

VI. Additional Information for Employers/Income Withholders: (Completed by the Sender) / (VI. Información adicional para empleadores / retenedores de ingresos: (La llena el remitente.))

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.)

Payments: You must send child support payments payable by income withholding to the appropriate State Disbursement Unit or to a tribal CSE agency within 7 business days, or fewer if required by state law, after the date the income would have been paid to the employee/obligor and include the date you withheld the support from his or her income. You may combine withheld amounts from more than one employee/obligor's income in a single payment as long as you separately identify each employee/obligor's portion of the payment. Child support payments may not be made through the federal Office of Child Support Enforcement (OCSE) Child Support Portal. / (Pagos: 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 dentro de un plazo de 7 días hábiles, o menos si así lo exige la ley estatal, a partir de la fecha en la que el empleado/deudor hubiera recibido los ingresos y se deberá incluir la fecha en la que se retuvieron sus ingresos. Se podrá combinar en un solo pago los montos retenidos de los ingresos de más de un empleado/deudor, siempre y cuando se identifica por separado la porción del pago que corresponde a cada empleado/deudor. Los pagos de pensión alimenticia de menores no se podrán realizar mediante el Portal de pensión alimenticia de menores de la Oficina de Ejecución de Órdenes de Pensión Alimenticia de Menores federal (OCSE por sus siglas en inglés).

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. Employers/income withholders may use OCSE's Child Support Portal (ocsp.acf.hhs.gov/csp/) to provide information about employees who are eligible to receive lump sum payments and to provide contacts, addresses, and other information about their companies. Child support payments may not be made through the federal OCSE Child Support Portal. / (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. Los empleadores/retenedores de ingresos podrán utilizar el Portal de pensión alimenticia de menores de OCSE para proporcionar información acerca de los empleados que tienen derecho a recibir pagos de suma total, y asimismo, proporcionar contactos, direcciones y otra información acerca de sus empresas. Los pagos de pensión alimenticia de menores no se podrán realizar mediante el Portal de pensión alimenticia de menores de la OCSE.)

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.)

Employer/Income Withholder's Name: _____
(Nombre del empleador/retenedor de ingresos)

Employer/Income Withholder's FEIN: _____
(FEIN del empleador:)

Employee/Obligor's Name: _____
(Nombre del empleado/deudor:)

SSN: _____
(SSN:)

Case ID: _____
(Identificador de caso:)

Order ID: _____
(Identificador de la orden:)

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.)

Supplemental Information: / (Información suplementaria:)

VII. Notification of Employment Termination or Income Status: (Completed by the Employer/Income Withholder) / (Aviso de terminación de empleo o situación de ingresos: (La siguiente información la debe llenar el empleador/retenedor de ingresos.))

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 section below or using OCSE's Child Support Portal (ocsp.acf.hhs.gov/csp/). Please report the new employer or income withholder, if known. / (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 o utilizando el Portal de pensión alimenticia de menores de la OCSE (ocsp.acf.hhs.gov/csp/). Favor de proporcionar el nombre del nuevo empleador o retenedor de ingresos si se conoce.)

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:)

Termination date: _____
(Fecha de terminación:)

Last known telephone number: _____
(Último número de teléfono conocido:)

Last known address: / (Última dirección conocida:)

Final payment date to SDU/Tribal Payee: _____
(Fecha de pago final a la SDU/beneficiario tribal:)

Final payment amount: _____
(Monto del pago final:)

New employer's or income withholder's name: _____
(Nombre del nuevo empleador o retenedor de ingresos:)

New employer's or income withholder's address: _____
(Dirección del nuevo empleador o retenedor de ingresos:)

VIII. Contact Information: (Completed by the Sender) / (Información de contacto: (Los debe llenar el remitente))

To Employer/Income Withholder: If you have questions, contact _____ (sender name)
by telephone: _____, by fax: _____, by email or website: _____

Employer/Income Withholder's Name: _____
(Nombre del empleador/retenedor de ingresos)

Employer/Income Withholder's FEIN: _____
(FEIN del empleador:)

Employee/Obligor's Name: _____
(Nombre del empleado/deudor:)

SSN: _____
(SSN:)

Case ID: _____
(Identificador de caso:)

Order ID: _____
(Identificador de la orden:)

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

Send termination/income status notice and other correspondence to: _____

(sender address). /
(Envíe el aviso de terminación/situación de ingresos y otra correspondencia a: XXX (dirección del remitente))

To Employee/Obligor: If the employee/obligor has questions, contact _____ (sender name)
by telephone: _____, **by fax:** _____, **by email or website:** _____
(Al empleado/deudor: Si el empleado/deudor tiene preguntas, contacte a XXX (nombre del remitente) 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).)

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 XX/XX/XX. 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 XX/XX/XX, 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.)