

**Mail to (Envíe a):**  
Bureau of Child Support  
P.O. Box 7935  
Madison, WI 53707-7935

**PETICIÓN PARA NUEVA EMISIÓN DE  
CHEQUE DE FECHA ATRASADA**  
REQUEST FOR RE-ISSUANCE OF A STALE-DATED CHECK  
**(cheque de más de un año que no se ha cobrado)**  
**Vea la próxima página con instrucciones**

La información de este formulario (incluyendo adjuntos) se puede compartir con otras personas sólo con el propósito de administración del programa de mantenimiento de menores y otros programas relacionados [Wis. Statutes, s.49.83]

Es voluntario dar su número de seguro social. Si no proporciona su número de seguro social podría atrasarse el proceso de la información.

Nombre del beneficiario del cheque original	Número de teléfono de reclamante (suyo) ( )
Número de seguro social del beneficiario del cheque de fecha atrasada	(PIN) Número Identificación Personal KIDS del beneficiario original, si lo sabe

Nombre del beneficiario del Nuevo cheque

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

**Las Firmas Deben Ser Notariadas**

*Firma de la persona que pide nueva emission de cheque(s) de fecha atrasada.	Firma de otra persona que pide nueva emission de cheque de fecha atrasada si más de una persona hace esta petición.
--	---

Nombre en letra de molde	Nombre en letra de molde
--------------------------	--------------------------

<p><b>Se requiere firma ante notario</b> Subscribed and affirmed to me</p> <p>This _____ day of _____, _____</p> <hr/> <p>Signature of Notary Public</p> <p>State of _____</p> <p>My Commission (is permanent) _____</p> <p>OR</p> <p>Expires _____</p>	<p><b>Colocar el sello aquí (Place Seal Here)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; background-color: #e0e0e0;"> <tr> <th colspan="2">Official Use</th> </tr> <tr> <td>Fund</td> <td>Agency</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Person Handling</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telephone Number</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Request Approved</td> </tr> <tr> <td align="right" colspan="2"> <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No                 </td> </tr> </table>	Official Use		Fund	Agency	Person Handling		Telephone Number		Request Approved		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Official Use													
Fund	Agency												
Person Handling													
Telephone Number													
Request Approved													
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No													

**Envíe este documento completo y notariado a la dirección de arriba "Mail to" (Envíe a).  
El pago puede tardar hasta 3 semanas.**

\*Si el beneficiario se ha muerto, la persona que hace la petición a nombre del beneficiario debe completar este formulario con la mayor información posible y adjuntar una carta explicando que actúa a nombre de la herencia adjunte copias notariadas del nombramiento o autorización para actuar en esta capacidad.

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR UNA PETICIÓN DE REEMPLAZO DE CHEQUE DE FECHA ATRASADA**

Cuando complete el formulario de petición, imprima la información en forma clara, en los casilleros, y escriba con tinta en letra de molde. Si usted tiene cheque(s) de fecha atrasada, escriba "VOID" (NULO) en el cheque y envíe el cheque(s) junto con la Petición de Nueva Emisión. **Si usted tiene muchos cheques de fecha atrasada, necesita completar sólo un formulario de petición.**

### **Nombre beneficiario en cheque original**

Anote el nombre de la persona que aparece en el cheque original.

### **Número de Teléfono de reclamante (su número)**

Anote aquí su número de teléfono. Usted es el reclamante. Este nombre puede o no puede ser el nombre de la persona en el cheque de fecha atrasada.

### **Número Seguro Social (SSN) de la persona indicada en el cheque de fecha atrasada (si omite el SSN se puede atrasar el pago)**

Anote el número de seguro social del beneficiario anotado en el cheque de fecha atrasada. Puede ser usted u otra persona.

### **(PIN) Número Identificación Personal KIDS, si lo sabe**

Anote el número de identificación personal (PIN) KIDS del sistema de mantenimiento de menores del beneficiario nombrado en el cheque de fecha atrasada.

### **Nombre de beneficiario en el nuevo cheque**

Anote el nombre del beneficiario del nuevo cheque. Este es el nombre a quien se pagará el nuevo cheque. Generalmente es el nombre y dirección del beneficiario nombrado en el cheque de fecha atrasada. Si no es, adjunte documentación con información detallada, incluyendo nombre, dirección y su participación o relación en este asunto.

### **Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal**

Anote la dirección del beneficiario del nuevo cheque. Dirección donde se enviará el nuevo cheque.

### **Firma de la persona que pide nueva emisión de cheque de fecha atrasada.**

Es la firma de la persona que hace la petición para nueva emisión de cheque de fecha atrasada. La firma debe ser notariada. Si no es el beneficiario nombrado en el cheque de fecha atrasada, adjunte una explicación y copias notariadas de documentos justificantes.

### **Firma de otra persona que solicite nueva emisión de cheque de fecha atrasada si más de una persona hace la petición**

Si más de una persona hace la petición de nueva emisión de cheque de fecha atrasada (por ejemplo, la petición es parte de una herencia que se administra conjuntamente), provea aquí la firma de la otra persona. La/s firma/s debe/n ser también notariadas.

**Si el formulario no está debidamente notariado, no será procesado.**

Si la persona que hace esta petición actúa en nombre de la herencia del beneficiario, deberá entonces adjuntar copias notariadas de su autorización para actuar en esta capacidad.

Dirija las preguntas sobre este formulario al "Bureau of Child Support" teléfono (608) 266-9909.

DCF es un empleador y proveedor de servicios que garantiza la igualdad de oportunidades. Si usted tiene alguna incapacidad y necesita tener acceso a esta información en un formato alternativo o necesita la traducción de esta información a otro idioma, por favor llame al (608) 266-9909 ó al (800) 833-7813 TTY (llamada gratuita).