CENTRO DE AUTOSERVICIO

INSTRUCCIONES: CÓMO LLENAR LA PETICIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE PROCESO EXPEDITO

USE ESTE FORMULARIO *sólo si usted está tratando de que alguien cumpla una orden del tribunal de manutención de menores, manutención conyugal, cobertura de aseguranza médica, tiempo con el padre o la madre y/o reembolso de gastos médicos, dentales u ópticos que no estén cubiertos por la aseguranza.*

SI USTED DECIDE PRESENTAR UNA "PETICIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PROCESO EXPEDITO" DEBE CUMPLIR LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

1. *Debe tener una orden de un tribunal de Arizona para manutención de menores, manutención conyugal, cobertura de aseguranza médica, pago o reembolso de gastos médicos, dentales u ópticos no asegurados y/o de tiempo con el padre o la madre. Usted **no** puede usar este formulario si su orden **no** fue emitida por el tribunal de este condado, o si aún no ha sido registrada como juicio externo ante el secretario del tribunal de este condado (por lo cual hay unos honorarios de presentación de **$230.00**). Si su orden es de otro condado de Arizona, debe cambiarse el caso (debe haberse cambiado la jurisdicción) a este condado. Los formularios para aplazamiento o exención de cuota están disponibles gratis en el mostrador de presentación del secretario del tribunal, en el Centro de autoservicio y en el sitio Web del Centro de autoservicio en: http://www.superiorcourt.maricopa.gov/ssc/.*

2. *Si está solicitando el cumplimiento de manutención de menores o manutención conyugal (pensión alimenticia), la parte a la que el tribunal le ordenó pagar debe tener por lo menos un mes completo de retraso en el pago.*

3. *Si está solicitando el cumplimiento de cobertura de aseguranza médica, la parte a la que se ordenó proporcionar la cobertura de aseguranza médica debe de **no** haberla proporcionado tal como se lo ordenó el tribunal.*

4. *Si está solicitando el cumplimiento de pago por gastos médicos, dentales o relacionados con la vista que no estén cubiertos por la aseguranza, la documentación de los gastos debe haber sido presentada a la parte obligada a pagar y debe de estar sin pagar por más de 30 días después de la entrega a la otra parte o de 30 días después de la fecha establecida por el tribunal.*

5. *Si está solicitando el cumplimiento de tiempo con el padre o la madre (visitas), la otra parte debe de no haber cumplido con una disposición de la orden del tiempo con el padre o la madre.*

NO USE ESTE FORMULARIO PARA PETICIÓN UN CAMBIO DE LA ORDEN DEL TRIBUNAL.

NÚMERO	***INSTRUCCIONES***
(1)	***Escriba SU*** *nombre, dirección, número telefónico de casa y números telefónicos para localizarlo* ***EN EL DÍA y en la tarde.*** *Su número telefónico en el día es el*

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PÁGINA

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
January 26, 2006
ALL RIGHTS RESERVED

número en el que se le pueda localizar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o donde se le pueda dejar un mensaje. FAVOR DE INDICAR AMBOS NÚMEROS. SI LOS NÚMEROS SON LOS MISMSO, ESCRIBA "SAME" (MISMO) EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO NÚMERO. ***Marque la casilla para indicar si la parte que llena esta solicitud de cumplimiento es el peticionante o el demandado.*** *Si usted recurrió a los servicios de un abogado, éste debe escribir el nombre* ***DE USTED*** *como "persona que presenta" y debe indicar su número de inscripción al colegio estatal de abogados y datos de contacto.*

(2) ***Escriba con letra de molde*** *el nombre de las partes mencionadas como peticionante y demandado en la orden del tribunal para manutención de menores, manutención conyugal, cobertura de aseguranza médica, gastos médicos, dentales u ópticos no asegurados y/o tiempo con el padre o la madre.*

(3) *Debajo de la línea del nombre del demandado, escriba el número de* ***ATLAS*** *asignado a su caso, si lo conoce.*

(4) *Escriba el número de caso del Condado de Maricopa en el espacio correspondiente (arriba de "Expedito" en el título del formulario). El número debe ser el mismo que el número de caso del tribunal superior indicado en la orden del tribunal que usted quiere hacer cumplir. Este número empieza con* ***"DR"****,* ***"D"*** *o* ***"FC".***

(5) *Marque la casilla o casillas que indique(n) el (los) tipo(s) de orden(es) cuyo cumplimiento está usted solicitando.*

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

INSTRUCCIONES PARA LA SECCIÓN A

NO LLENE LA SECCIÓN "A" SI USTED NO ESTÁ SOLICITANDO EL CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE MENORES, MANUTENCIÓN CONYUGAL, COBERTURA DE ASEGURANZA MÉDICA Y/O REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, DENTALES U ÓPTICOS NO ASEGURADOS.

Las instrucciones de la ***(6) a la (12)*** *se aplican sólo si usted marcó una o más de las siguientes casillas: manutención de menores, atrasos en manutención de menores, manutención conyugal, atrasos en manutención conyugal, cobertura de aseguranza médica y/o gastos médicos, dentales u ópticos no asegurados (las que tienen "ESR" después).*

(6) *Fecha(s) de la(s) órden(es) que desea hacer cumplir.*

(7) *Nombre del (los) juzgador(es) que firmaron la(s) órden(es).*

(8) *Nombre de la parte que adeuda manutención de menores, manutención conyugal* ***Y/O*** *que no ha obtenido cobertura de aseguranza médica o reembolsado gastos de atención médica, dental u óptica.*

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
January 26, 2006
ALL RIGHTS RESERVED

(9) *Monto de la manutención que el tribunal le ordenó pagar a la otra parte **Y** el texto **EXACTO** de la(s) órden(es). Si usted no tiene copia de su(s) órden(es), trate de obtenerla en los Registros del Tribunal, situados en 601 W. Jackson, en el centro de Phoenix. Si no puede obtener la copia, señale en sus propias palabras, lo más preciso posible, lo que decía la orden.*

(10) *Monto total de la manutención que esté vencido. Para determinar el monto vencido:*

*a. Calcule el monto total de la manutención que se le debió **HABER PAGADO** a la fecha.*

*b. Calcule el monto total de la manutención que **HAYA RECIBIDO** (incluyendo pagos **DIRECTOS**) a la fecha.*

*c. **RESTE** el monto total recibido del monto total adeudado. Éste es el monto total vencido (este monto no incluye el monto de los intereses a los que usted tenga derecho).*

(11) *Periodo por el que usted reclama la manutención vencida que no ha sido pagada.*

(12) *Si está atrasado el reembolso de gastos médicos, dentales u ópticos no cubiertos por la aseguranza, indique aquí el monto adeudado por la otra parte.*

NO HAGA COPIAS O PRESENTE LE ESTA PAGINA

INSTRUCCIONES PARA LA SECCIÓN B
TIEMPO CON EL PADRE O LA MADRE (anteriormente "visitas")

NO LLENE LA SECCIÓN "B" SI NO ESTÁ SOLICITANDO EL CUMPLIMIENTO DE TIEMPO CON EL PADRE O LA MADRE *Las instrucciones de la **(14) a la (19)** se aplican sólo si usted marcó la casilla de tiempo con el padre o la madre.*

(13) *Fecha(s) de la(s) órden(es) que desea hacer cumplir.*

(14) *Nombre del (los) juzgador(es) que firmaron la(s) órden(es).*

(15) *Texto **EXACTO** de la(s) órden(es). Si usted no tiene copia de su(s) órden(es), trate de obtenerla en los Registros del Tribunal, situados en 601 W. Jackson, en el centro de Phoenix. Si no puede obtener la copia, señale en sus propias palabras, lo más preciso posible, lo que decía la orden.*

(16) *Nombre de la parte que usted dice que no ha cumplido con las órdenes.*

(17) *Escribe un resumen **breve** para explicar porqué la otra parte no ha cumplido con la orden del tribunal.*

Nota: En la sección B, número 3, al final de la página 2, usted no necesita marcar ninguna selección.

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
January 26, 2006
ALL RIGHTS RESERVED

(18) ***NO FIRME NI FECHE ESTE FORMULARIO HASTA QUE SE LO PIDA UN NOTARIO PÚBLICO O EL SECRETARIO DEL TRIBUNAL.*** *Su firma testimonia que la información que ha proporcionado es veraz y correcta a su mejor saber y entender.*

NOTA PARA LA PARTE QUE PRESENTA: *Para que pueda programarse una consulta, es responsabilidad de usted proporcionar el comprobante de notificación al Centro de apoyo de la familia, órdenes de manutención. Los comprobantes de notificación pueden entregarse personalmente, o enviarse por correo o por fax a:*

CLERK OF THE SUPERIOR COURT
Family Support Center/Support Orders
201 West Jefferson, 1st Floor
Phoenix, Arizona 85003
Fax: (602) 506-5764

SI NO proporciona comprobante de notificación, usted impedirá o retrasará la programación de la consulta.

No es necesario que la parte que recibe esta solicitud de cumplimiento presente una respuesta, pero si decide hacerlo, debe presentarla a más tardar 11 días después de recibir la notificación. La otra parte puede optar por presentar un pedido de cumplimiento expedito recíproco sobre los mismos temas indicados en este pedido o sobre cualquiera de los otros asuntos indicados al principio de este formulario.

NO HAGA COPIAS O PRESENTE DE ESTA PAGINA

© Superior Court of Arizona in Maricopa County
January 26, 2006
ALL RIGHTS RESERVED