Solicitud de revisión de aviso nacional de manutención de niños

Para:

Office of the Attorney General
Medical Support Unit
P.O. Box 1328
AUSTIN, TX 78762-1328

Número telefónico:
(800) 522-2421
Número de fax:
(512) 407-9249

De:

Nombre:

Dirección:

Telefóno:

Núm. de causa:

Núm. de la Procuraduría General:

Padre con custodia:

Niño(s):

Yo, _____ (obligado/ nombre del empleado), rechazo el Aviso Nacional de Manutención Médica (NMSN) enviado a mi empleador, _____, (nombre del empleador), el día __/__/ __ (fecha) o aproximadamente en esa fecha, y solicito una revisión administrativa con base en el siguientes equivocaciones:

_____

_____

_____.

Estando dentro de los 30 días calendarios de la fecha en que se emitió el Aviso Nacional de Manutención Médica.

Entiendo que:

- Recibiré aviso de la fecha, hora y lugar de la revisión dentro de 10 días de que la Procuraduría General reciba la solicitud;
- La revisión puede ser en persona o por teléfono;
- Mi empleador y yo debemos cumplir con los términos del NMSN durante el periodo de revisión;
- Al final de la revisión, la cual se completará dentro de 30 días de recibir la solicitud, la Procuraduría General puede emitir un NMSN actualizado, terminar el NMSN, o enviarme un aviso de determinación de que el NMSN es adecuado y debe seguir en vigor como se emitió anteriormente; y
- Si la Procuraduría General no revisa o termina el NMSN, puedo solicitar una audiencia ante la corte de jurisdicción continua para resolver cualquier tema en disputa.

_____ _____/ _____/ _____

Firma del Obligado o Empleado Fecha