



The Commonwealth of Massachusetts
Department of Revenue
Child Support Enforcement Division

Mark E. Nunnelly
 Commissioner

Laurie McGrath
 Deputy Commissioner

AVISO DE EMBARGO
DEVOLVER CON EL PAGO

Embargo #: _____
 (Leyes Generales de Massachusetts, Capítulo 119A, § 6)

[BANCO/ NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN]
 [Banco/Dirección de la Institución]
 [Ciudad, Estado, Código Postal]

Nombre y Dirección del Individuo
 [Nombre del Padre sin Custodia]
 [Dirección del Padre sin Custodia]
 [Ciudad, Estado, Código Postal]

PIN: [PIN del Padre sin la Custodia]
 SSN: [Social Sec. del Padre sin la Custodia]
Cantidad Total Adeudada: [\$_____]

El Capítulo 119A, § 6 (b)(1) de las Leyes Generales de Massachusetts establece un derecho de retención de bienes por las deudas arriba referidas de manutención infantil. Este individuo ha recibido un aviso y una demanda por la cantidad total a pagar arriba indicada, pero él o ella se ha negado a pagarla, o no la ha pagado aún. La cantidad está actualmente adeudada, debida y no pagada.

Por este medio se le notifica que todos los bienes o derechos de propiedad, dinero y créditos que pertenecen a la persona cuyo nombre o número de Seguro Social aparece arriba indicado, o por quien tiene obligación con la persona, y en la actualidad en su poder, están embargados pendiente del pago que se adeuda de manutención de hijos. La demanda se hace aquí para el pago inmediato de la cantidad señalada anteriormente, o por un monto inferior, de propiedad, dinero y créditos incautados y actualmente en su posesión asociados a esta persona o número de Seguro Social. Se le ordena congelar inmediatamente tales bienes, dineros y créditos, y retenerlos por un período de 21 días. A menos que la División de Cumplimiento de Manutención de Menores del Departamento de Ingresos (DOR) indique lo contrario, se le orienta hacer el pago al DOR al final de este período, a la dirección que aparece en la respuesta que acompaña el formulario de embargo. Una organización que tenga la propiedad de un seguro de vida o contrato de la dotación deberá remitir el pago dentro de los 90 días siguientes a la fecha del embargo. G.L. c. 119A, § 6 (b) (6). **Favor de observar que si la cuenta es mancomunada con individuos cuyos nombres no aparecen en el Aviso de Embargo, usted tiene que enviarles copias del Aviso de Embargo a esas personas de inmediato.**

Este embargo se mantendrá en efecto por 60 días a partir de la fecha de recibo, o hasta que la cantidad que se adeuda se le pague completa al DOR, lo que ocurra primero. No envíe un pago si la cantidad del embargo, menos la cuota de procesamiento, es inferior a \$25.

NOTA: ESTE EMBARGO SE CONECTA CON CUALQUIERA Y CON TODAS LAS CUENTAS QUE LA PERSONA TENGA ACTUALMENTE EN SU INSTITUCIÓN, Y CON CUALQUIERA Y TODAS LAS CUENTAS QUE ABRA ESA PERSONA, O BAJO EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ARRIBA IDENTIFICADO, DENTRO DE LOS 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTE EMBARGO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SOLO LAS SIGUIENTES CUENTAS ESTÁN EXENTAS DE ESTE EMBARGO:
 [Número de Cuenta (s)]

Cualquier persona que se niegue a entregar los bienes objeto de este embargo será responsable ante el Estado en su propia persona en una suma igual al valor de la propiedad que no entregó, junto con los costos e intereses a la tasa máxima anual establecida por el G.L.c.62C, § 32. El incumplimiento o el negarse a entregar bienes sin una causa razonable someterá aún a dicha persona a una multa equivalente al 25% del importe recuperable. G.L.c.119A, § 6 (b)(7).

NOTA: Usted tiene que completar la Respuesta a este Embargo en el reverso de este Aviso de Embargo y devolverlo.

Laurie McGrath Deputy Commissioner Name and Title of Authorized DOR/CSE Staff	Signature		Date
---	-----------	--	------

RESPUESTA DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA AL EMBARGO

Embargo #:

Por favor complete este formulario y devuélvalo al DOR a la dirección que se indica debajo, junto con los pagos que resulten de este embargo. Haga todos sus pagos a nombre del Estado de Massachusetts ("Commonwealth of Massachusetts").

Nombre del Individuo [Nombre del Padre sin Custodia]		Número de Seguro Social	Cantidad Total de Fondos Embargados \$ _____
Firma	Institución Financiera [Nombre del Banco/Institución]		Fecha

ENVÍELO A: Department of Revenue
Child Support Enforcement Division
P. O. Box 55144
Boston, MA 02205-5144