

MC: ME
Bar Code Area
FS#:
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
AUSTIN, TX 78711-2048



OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF TEXAS
CHILD SUPPORT DIVISION

GREG ABBOTT
Attorney General

Date:
Attorney General Case #:

**Si necesita asistencia para leer esta carta,
por favor llame al número:**

Dear :

We currently have in our files your authorization to release information and/or child support payments to another party. To revoke this authorization, please complete the enclosed form.

Please return the completed form to your local child support office. If you have any questions, please call 1-800-252-8014.

MC ME
Bar Code Area
FS#:
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
AUSTIN, TX 78711-2048



OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF TEXAS

CHILD SUPPORT DIVISION

GREG ABBOTT

Attorney General

Fecha:

No. de Caso de la Procuraduría General:

Estimado/a :

En nuestros expedientes se encuentra la autorización que Usted nos ha concedido para entregar información y/o pagos de manutención a su representante autorizado. Para revocar tal autorización, por favor llene el formulario anexo a la presente.

Por favor envíe el formulario llenado por usted a su oficina local de manutención de niños. Si tiene alguna pregunta, por favor, llame al 1-800-252-8014.

REVOCATION OF AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION OR PAYMENTS

Print your current name: _____

Other names you have used: _____

Name of the other party in the case: _____

Names of all children on this case: _____

OAG Case Number (10 digit number included in OAG correspondence about this case): _____

Phone number where you can be contacted: (____) _____ home work cell relative or friend

By submitting this completed, signed, and dated form, I am instructing the Office of the Attorney General (OAG) to do the following: (You must place your **initials** before each item that applies.)

(initials) **Revoke my authorization to release information or records** on my case (OAG number given above)
Do **not** release any information or records to the following person:

Name Phone number

Address City State ZIP Code

I understand that information or records will no longer be sent to the above named person unless I submit another Authorization for Release of Information or Payments form.

(initials) **Revoke my authorization to send payments** to another person. Do **not** send any more payments to the following person:

Name Phone number

Address City State ZIP Code

I understand that payments will no longer be sent to the above named person unless I submit another Authorization for Release of Information or Payments form.

I understand that the Office of the Attorney General of Texas is not responsible for disputes between the listed party and me as a result of this arrangement. (Please note the date of your signature is required.)

Signature

Date (required)

Address

City, State, ZIP

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN O ENVIAR PAGOS

Escriba su nombre actual: _____

Otros nombres que ha usado: _____

Nombre de la otra parte en el caso: _____

Nombres de todos los niños en el caso: _____

Número de caso de la Procuraduría (*son 10 dígitos y aparece en todas las cartas del caso*): _____

Teléfono al que podemos llamarle: (____) _____ casa trabajo celular familiar o amigo

Al presentar este formulario llenado, firmado y fechado, pido a la Procuraduría General hacer lo siguiente: (*Escriba sus iniciales junto a cada instrucción que aplica.*)

(iniciales) **Revocar mi autorización para divulgar información o archivos** de mi caso (*el número que escribió arriba*)
No entregar información o archivos a la siguiente persona:

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Entiendo que ya no se enviará información o archivos a la persona que se nombra arriba a menos que yo presente otro formulario de Autorización para divulgar información o entregar pagos.

(iniciales) **Revocar mi autorización para enviar pagos** a otra persona. **No** enviar ningún pago más a la siguiente persona:

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Entiendo que ya no se enviarán pagos a la persona que se nombra arriba a menos que yo presente otro formulario de Autorización para divulgar información o enviar pagos.

Entiendo que la Procuraduría General de Texas no es responsable de los desacuerdos que surjan entre las partes nombradas y yo como resultado de este arreglo. (*Se requiere la fecha de su firma.*)

Firma

Fecha (*requerida*)

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal