



子女抚养费欠款减免计划 (Child Support Arrears Credit Program, ACP) - 参与者协议

I. 客户信息及义务

- (A) 本人，_____，是非监护家长，本人在纽约市人力资源管理局子女抚养服务办公室 (OCSS) 与纽约市社会服务部 (NYC DSS) 拥有账户。本人的账号是 _____、_____、_____。本人正在申请子女抚养费欠款减免计划 (Child Support Arrears Credit Program, ACP)。本协议描述了本人作为该计划参与者的义务。一旦签署本文件，即代表本人同意协议中的所有条款和要求。
- (B) 本人正在参与这项计划，以获得针对本人在 NYC DSS 的永久分配债务（即本人子女领取现金援助时本人仍积欠政府且尚未偿还的子女抚养费债务）减免，减免金额或许可以抵消全部欠款。本人仍然需要支付积欠监护家长（与子女同住）或纽约市之外任何其他社会服务部门的所有子女抚养费。
- (C) 下列两条之一适用于本人：

其一：

I. 当前有抚养判令要求本人支付抚养费

本人将从下一次子女抚养费支付截止日期开始参与此项计划，期限为自协议签署之日起一年内。在这一年中，本人同意每月偿还本人名下账户所积欠的子女抚养债务。不予支付任何一期还款，均可能导致本人丧失参加该计划的资格，并且本人此前获得的所有子女抚养费欠款减免金额均可能被撤销。

或者

II. 本人只偿还子女抚养费债务

一旦签署本协议，即代表本人开始参与此计划，期限为自本协议签署之日起一年内。在这一年内，本人同意偿还账户之前所积欠法院判令的子女抚养费债务。不予支付还款，可能导致本人丧失参加该计划的资格，并且本人此前获得的所有子女抚养费欠款减免金额均可能被撤销。

(D) 此计划可能适用于本人的所有子女抚养费账户。如果本人仍积欠 NYC DSS 永久分配债务的每个子女抚养费账户都能完成此计划的要求，那么每个账户都有资格获得最高 5,000 美元的欠款减免额。OCSS 将对拖欠 NYC DSS 的永久分配债务进行行政调整。

(E) 参与此计划并不会阻碍其他强制执行措施（例如退税抵消）。因执法行动而缴纳的款项或许可以减少积欠 NYC DSS 的永久分配债务金额。获得的欠款减免额最高为积欠 NYC DSS 的永久分配债务金额或 5,000 美元，以金额较大者为准。

II. 财务信息

一旦签署本协议，即代表本人声明，据本人所知，以下关于本人财务记录和资产的陈述均正确无误：

- 目前本人银行账户未超过 3,000 美元。
- 本人没有价值超过 5,000 美元的财产（例如汽车、珠宝或房产）。

III. 其他信息

计划参与者不能有因涉及儿童犯罪而入狱的历史。一旦签署本表，即代表本人声明本人没有因涉及儿童犯罪而入狱的历史。

IV. 客户收益

若本人成功参与本计划，并连续支付十二 (12) 个月的子女抚养费，则 OCSS 同意在取得结果后一至两个月内处理欠款减免额。若本人仅欠债务，则 OCSS 同意在连续十二 (12) 个月收到付款后一至两个月，针对本人永久积欠 NYC DSS 的子女抚养费债务降低金额。 。

如果本人成功付清十二 (12) 个月的欠款，并且每月都及时付款，本人将自动重新注册该计划一年，以进一步减少长期积欠 NYC DSS 的剩余款项，至多三年（以先达到的时间为准）。

为保留资格并获得减免，本人必须在参与项目期间连续十二 (12) 个月偿还欠下的子女抚养费（即使本人在不到一年的时间内获得了足够的减免，抵消了本人积欠 NYC DSS 的全部子女抚养费，仍需按要求进行偿还）。

本人获得的减免无法高于本人积欠 NYC DSS 的永久子女抚养费债务。在本人每个 NYC DSS 个案连续十二 (12) 个月履行当前的子女抚养费支付义务后，本人的每个个案都将获得最高 5,000 美元的欠款减免。

V. 客户认可及签名

本人，_____，依据伪证处罚条例宣誓或确认，本人在子女抚养费欠款减免计划参加者协议中提供的信息均真实无误。

本人同意加入欠款减免计划，并同意上述条款。本人了解，欠款减免计划将始于本人签署该协议后第一次应付抚养费之日。本人同意每月按时履行支付子女抚养费的义务。本人明白，如不遵守本协议的条款，包括遵守所有法庭判令及出庭，本人将遭到本计划除名。如果本人被该计划除名，本人所获得的任何欠款减免将会失效。

签署本协议，即表示本人了解并同意《子女抚养费欠款抵免计划参与者协议》的要求，且同意其上述条款。本协议自下文签署之日起执行。

协议应包含政府颁发的有效身份证明的照片或复印件。

非监护家长签名

日期

NYC DSS 授权代表

日期

请将已签名的本文件原件以及相关必要文件邮寄至以下地址，以完成您的申请：

NYC HRA/OCSS

Attention: Arrears Credit Program

PO Box 830

Canal Street Station

New York, NY 10013

您是否有身体或心理健康状况或残疾？ 此类状况是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事情？这种状况是否使您难以获得 HRA 的其他服务？**我们可助您一臂之力。** 请致电 **718-557-1399** 与我们联系。您也可以在访问 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权利要求获得此类帮助。