

Petición de modificación - Orden administrativa
Petition for Modification - Administrative Order

REF:) NÚMERO DE CASO:
Padre sin custodia)
)
)
)
Padre con custodia)

Instrucciones

Con excepción de su firma, escriba todas las respuestas en letra de imprenta. Use tinta azul o negra.

WAC 388-14A-3925 requiere que usted:

1. Ingrese un monto de manutención para niños propuesto (nuevo).
2. Establezca una razón para su solicitud de modificación.
3. Firme el formulario.

Usted debe completar y devolver a la DCS los documentos mencionados en la página 2 de este formulario.

NOTA: Si no completa todas las acciones requeridas en este formulario, un Juez de Ley Administrativa (ALJ) podría desestimar esta petición.

Petición

Yo, _____, solicito a la Oficina de Audiencias Administrativas que ordene a la División de Manutención para Niños (DCS) y a las partes antes mencionadas que aparezcan y demuestren por qué no se debe modificar mi orden de manutención para niños administrativa. Mi orden de manutención para niños administrativa se ingresó el _____.

Considero que el monto actual de la manutención para niños para este caso debe ser de \$ _____ por mes.

Considero que el monto actual de la manutención para niños debe ser modificado porque:

Vea las páginas 2 y 3 donde se encuentra la sección de su firma y los requerimientos adicionales.

Reconocimientos

Entiendo que:

1. La DCS se opondrá a esta petición si ésta no cumple con los criterios para modificar una orden que se estipulan en RCW 74.20A.059.
2. Si mi orden actualmente no cuenta con estas disposiciones, la DCS solicitará al ALJ que incluya en mi orden disposiciones que requieran que cada padre brinde cobertura de seguro médico para los niños si la cobertura está disponible actualmente o se hace disponible a través del empleo o un sindicato y la prima de seguro médico no excede el 25 por ciento de la obligación de manutención básica del padre. La DCS considera este requerimiento como cumplido si los niños son elegibles para los Servicios de Salud para los Indígenas. La DCS podría ejecutar esta obligación bajo ciertas circunstancias. El padre obligado debe brindar a la DCS y al otro padre constancia de cobertura accesible para los niños dentro de los 20 días desde la fecha que se ingrese una orden definitiva de manutención para niños. Si el padre obligado no brinda constancia de la cobertura, se puede requerir que éste cumpla con la obligación de brindar cobertura de seguro médico realizando una de las siguientes acciones, de acuerdo a la prioridad:
 - a. Brindar o mantener la cobertura del seguro médico a través del empleo o sindicato del padre obligado a un costo que no exceda el 25 por ciento de la obligación de manutención para niños básica del padre obligado.
 - b. Contribuir a la participación proporcional del padre obligado una prima mensual pagada por el otro padre para la cobertura de seguro médico para los niños mencionados en la orden de manutención, sin exceder el 25 por ciento de la obligación de manutención para niños básica del padre obligado.
3. Debo solicitar un monto específico de manutención para niños, brindar una razón de mi solicitud de modificación y firmar este formulario. De no ser así, la DCS no puede procesar mi petición.
4. Debo presentar los siguientes documentos a la DCS.
 - a. Esta petición completada.
 - b. Las hojas de trabajo de la **Planilla de Manutención para niños del Estado de Washington** completadas.
 - c. **Si soy el padre de los niños**, constancia de ingresos (comprobantes de pagos, reembolso de impuestos, etc.).
5. Debo enviar por correo los documentos antes mencionados a la siguiente dirección o entregarlos personalmente a la oficina de la DCS que maneja mi caso.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. Si no brindo a la DCS los documentos antes mencionados, un ALJ puede desestimar mi petición.
7. Debo informar a la DCS si cambio mi dirección.
8. Debo informar a la DCS de cualquier cambio en la cobertura de seguro médico para mi(s) hijo(s).
9. La DCS no me representa a mí ni a la otra parte de mi orden de manutención para niños.
10. Si no asisto ni participo en la audiencia programada, un ALJ puede desestimar mi petición.
11. Si la otra parte de mi orden no asiste ni participa en la audiencia programada, un ALJ puede:
 - a. Conceder cualquier solicitud que haga la DCS o la otra parte de este caso que se presente, sin que se requiera enviarle una notificación.
 - b. Ordenar un monto de manutención para niños mayor o menor al monto propuesto en esta notificación.

Notificación para ambos padres

Un ALJ puede:

1. Ordenar a ambos padres que brinden seguro médico para los niños si la cobertura está disponible actualmente o se hace disponible a través del empleo o un sindicato y la prima de seguro médico no excede el 25 por ciento de las obligaciones de manutención para niños básicas de los padres.
2. Ordenar a ambos padres que paguen una participación proporcional de gastos médicos sin cobertura, incluyendo copagos, deducibles y cualquier parte de la participación proporcional de una prima de seguro médico que no se ejecute a través del envío de una **Notificación de Manutención Adeudada**.
3. Ordenar que si un padre al que se le ha ordenado brindar cobertura de seguro médico para los niños no brinda constancia de cobertura accesible, la DCS podría realizar una de las siguientes acciones, de acuerdo a la prioridad:
 - a. Enviar una notificación al empleador o sindicato que requiera que el empleador o sindicato inscriba a los niños en un plan de cobertura médica tal como se describe en RCW 28.18.170.
 - b. Enviar una notificación al padre obligado solicitando al padre que pague su participación proporcional de una prima mensual que está pagando el otro padre del/de los niño(s), sin exceder el 25 por ciento de la obligación de manutención para niños básica del padre obligado.
4. Ordenar que si un padre obligado no inscribe a los niños en una cobertura de seguro médico accesible, o cobertura disponible a través del empleador o sindicato del padre, la DCS podría hacer cumplir la obligación de manutención médica del padre obligado según RCW 26.18.170.

Declaración

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información que declaré anteriormente es verdadera y correcta.

Usted debe firmar este formulario

FECHA

MI FIRMA

CASILLA POSTAL O DIRECCIÓN

NOMBRE DE MI ABOGADO O REPRESENTANTE

MI CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE MI ABOGADO O REPRESENTANTE

() | ()

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE MI ABOGADO O REPRESENTANTE

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE MI ABOGADO O REPRESENTANTE

() | ()

NÚMERO DE TELÉFONO DE MI ABOGADO O REPRESENTANTE

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO

()

NÚMERO DE FAX

MEJOR HORA PARA LLAMARME

NOMBRE QUE PREFIERO UTILIZAR PARA LA AUDIENCIA

No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, credo, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.