STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

طلب مراجعة أمر دعم الطفل
Child Support Order Review Request

إلى:

الموضوع:

رقم الحالة:

التاريخ:

معلومات البرنامج

لقد طلبت من قسم دعم الطفل (DCS) أن يقوم بتغيير أو تعديل أمر دعم طفلك. وأمامك خياران لمساعدتك على تغيير أو تعديل الأمر:

1. رفع دعوى قضائية في المحكمة لتغيير الأمر. ويجوز لك أن تقوم بهذا بنفسك أو من خلال محامٍ.
2. أن تطلب من DCS أن يقوم بمراجعة الأمر.
   أ. لا يمكن لـ DCS تمثيلك أو تقديم المشورة القانونية لك أو للطرف الآخر المعني بالأمر.
   ب. يراجع DCS المعلومات الخاصة بك.
   (1) إذا **لم** يتوافق الأمر مع الحد الأدنى من معايير المراجعة، فلن يقوم DCS بأي إجراء آخر.
   (2) إذا **وافق** الأمر الحد الأدنى من معايير المراجعة، فسوف يحيل DCS حالتك إلى مكتب المدعي العام أو إلى وكالة أخرى لدعم الطفل (إذا لزم الأمر) للتغيير أو التعديل. بيان الحد الأدنى للمتطلبات على النحو التالي:
   (أ) يجب أن يحصل DCS على معلومات العنوان الحالي لكلا الطرفين المعنيين في أمر الدعم.
   (ب) يجب أن تكون لولاية واشنطن سلطة قضائية على كلا الطرفين المعنيين في أمر الدعم.
   (ج) أن تمر فترة لا تقل عن ثلاث سنوات منذ تعيين آخر مبلغ للدعم **أو** يمكنك توضيح أن الظروف تغيّرت بشكل كبير. لا ينطبق هذا الشرط إذا تم طلب المراجعة لأن الوالد غير الوصي سيكون مسجونًا.
   (د) يجب ألا يقل إجمالي مبلغ الدعم في الأمر الحالي عن 15 بالمائة أكثر أو أقل من المبلغ المحدد في أحدث ***جدول دعم الطفل بولاية واشنطن.*** لا ينطبق هذا الشرط إذا تم طلب المراجعة لأن الوالد غير الوصي سيكون مسجونًا.
   (هـ) يجب تغيير إجمالي مبلغ الدعم فوق الفترة المتبقية للأمر بما لا يقل عن 2,400.00 دولار.
   ملاحظة: ثمة استثناء لآخر معيارين ذُكرا أعلاه وهو أنه إذا لم يتطلب الأمر توفير تغطية التأمين الصحي للأطفال.

تنطبق قواعد خاصة في حالة تلقي الأطفال المدرجين في الأمر للمساعدة العامة أو المساعدة الطبية.

1. سيراجع DCS الأمر تلقائيًا لتغييره أو تعديله كل 35 شهرًا. قد يراجع DCS أمر الدعم الخاص بك قبل مرور 35 شهرًا إذا أصبح الوالد غير الوصي مسجونًا.
2. إذا أردت تغيير الأمر أو تعديله بدون مساعدة DCS، فيجب على مكتب المدعي العام أو DCS اعتماد الشروط الواردة في الأمر فيما يخص دعم الطفل المعهود به إلى ولاية واشنطن.

إذا أردت أن يقوم DCS بمراجعة الأمر، فيجب عليك إكمال الصفحتين 2 و3 من هذا النموذج وإعادتهما. راجع الإرشادات الواردة في صفحة 2 لمعرفة المتطلبات الإضافية.

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

طلب مراجعة أمر دعم الطفل
Child Support Order Review Request

اسم مقدم الطلب: رقم الحالة:

التعليمات

إذا أردت أن يقوم DCS بمراجعة حالتك لتغيير الأمر أو تعديله إن أمكن، فاستخدم هذا النموذج لطلب المراجعة.

وباستثناء توقيعك، قم بطباعة جميع الردود. استخدم الحبر الأزرق أو الأسود فقط.

قم بالتوقيع على جميع النماذج المطلوبة وإعادتها إلى عنوان DCS المذكور في صفحة 3. إذا كنت أنت إحدى وكالات دعم الطفل، فيجب أن يوقّع ممثل معتمد على النماذج.

أكمل النماذج التالية وقم بإعادتها:

1. **الصفحتان 2 و3** من هذا النموذج.
2. ***أوراق عمل جدول دعم الطفل بولاية واشنطن*** (مرفقة). أكمل الأجزاء الخاصة بك وبأسرتك. سيحاول DCS الحصول على المعلومات المالية للطرف الآخر.
3. ***إعلان الوضع المالي*** (مرفق). أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على **أمر محكمة**.
4. ***نموذج المعلومات السرية*** (مرفق). أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على **أمر محكمة**.
5. ***نموذج ملحق المعلومات السرية*** (مرفق) إذا كان لديك أكثر من طفلين. أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على **أمر محكمة**.

أرفق المستندات المطلوبة. **إذا لم يكن لديك المستندات المطلوبة، فأرفق بيانًا يوضح السبب.**

1. نُسخ من آخر كشفين لضريبة الدخل الفيدرالية.
2. نُسخ من آخر ثلاثة كعوب إيصالات دفع.

يجوز لـ DCS أو المدعي العام مشاركة أي مستندات تقوم أنت بإرسالها إلى DCS مع الطرف الآخر المعني في أمر دعم طفلك، كما يجوز للقسم أو المدعي العام حفظ المستندات في سجل محكمة عام.

1. للطرف الآخر المعني في أمر دعم طفلك الحق في الاطلاع على معلوماتك المالية.
2. يجب أن تحذف معلومات التعريف الشخصية الخاصة بك (العنوان، تاريخ الميلاد، رقم التأمين الاجتماعي) من المستندات قبل إرسالها إلى DCS.

أريد أن يقوم DCS بمراجعة أمر الدعم الخاص بي لتغييره أو تعديله بسبب (حدد المربعات أدناه التي تنطبق على حالتك):

1. ☐ تغيّر دخلي.
2. ☐ تغيّر دخل ولي الأمر الآخر.
3. ☐ واحد على الأقل من الأطفال المشمولين في حالتي:
   - أ. ☐ يعيش في منزل مختلف.
   - ب. ☐ لا يذهب إلى المدرسة أو لا يعيش في المنزل.
4. ☐ هناك واحد من متطلبات التأمين الصحي بحاجة إلى الإضافة إلى أمر الدعم الخاص بي.
5. ☐ إنني معاق أو موجود بإحدى المؤسسات أو سجين.
6. ☐ أسباب أخرى (يُرجى ذكر التفاصيل): _____

أنا أفهم وأوافق على:

1. أنني إذا لم أزود DCS بجميع المعلومات المطلوبة، فلن يقوم DCS بمراجعة أمر الدعم.
2. أن DCS سيقوم فقط بمراجعة حالتي لتغيير أو تعديل الأحكام التي تخص دعم الطفل أو التأمين الصحي للأطفال. ولا يملك DCS سلطة مراجعة أوامر المحكمة لإجراء تغييرات في الوصاية أو الزيارة أو المسائل الأخرى.
3. أن يستخدم DCS المعلومات التي أقدمها لتأسيس دعم الطفل أو تغييره أو إنفاذه.
   أ. يشارك DCS المعلومات مع الوكالات الحكومية الأخرى فقط لهذه الأغراض.
   ب. يقوم DCS بتحرير المعلومات فقط إلى الحد الذي تسمح به القوانين واللوائح الفيدرالية وتلك الخاصة بالولاية.
   ج. يمكنني أن أطلب من DCS الحصول على المعلومات الشخصية والسرية للطرف الآخر.
4. أنه بعد مراجعة طلبي، سيقوم DCS بإعادة توجيهه إلى المدعي العام إذا:
   أ. تلقى DCS جميع النماذج والمعلومات المطلوبة في صفحة 3.
   ب. كانت حالتي تلبي متطلبات التغيير أو التعديل.

   ملاحظة: لا يمكن لـ DCS أن يسحب الطلبات المرسلة إلى المدعي العام.
5. إذا لم يتوافق أمر الدعم الخاص بي مع المتطلبات القانونية أو متطلبات المراجعة، فيجوز لـ DCS أو المدعي العام أن يقرر عدم اصطحاب أمر الدعم الخاص بي إلى المحكمة للتغيير أو التعديل.
6. أنه إذا قرر المدعي العام مواصلة تغيير أو تعديل أمر الدعم الخاص بي، فيجوز أن يكون تاريخ البدء لأي تغيير هو أي تاريخ من تاريخ رفع الدعوى القضائية في المحكمة إلى تاريخ توقيع القاضي على الأمر. يحدد القاضي تاريخ البدء.
7. أنه قد يسفر إجراء تغيير أو تعديل على أمر الدعم الخاص بي عن زيادة أو تخفيض مدفوعات الدعم.
8. أنني أملك الحق في أن أطلب من إحدى المحاكم إجراء تغيير أو تعديل على أمر الدعم الخاص بي بنفسي.

_____ _____
التاريخ توقيع ولي الأمر

_____ _____
التاريخ توقيع ممثل ولي الأمر

_____
كتابة اسم ممثل ولي الأمر بخط واضح

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

داخل _____ منطقة الاتصال _____
خارج _____ منطقة الاتصال _____
تتوافر خدمات الكتابة عن بعد (TTY)/اتصال عن بعد (TDD) لأصحاب الإعاقة الكلامية أو السمعية.
تفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت: www.dshs.wa.gov/dcs

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصول القومية أو العقيدة أو الدين أو النوع أو السن أو الإعاقة في فرص العمل أو الخدمات أو أيٍّ من جوانب أنشطة البرنامج. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة عند الطلب.

لاستخدام وكالة دعم الطفل فقط			
AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE		DATE	
AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE