Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

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

# Demande de révision de l'ordonnance de pension alimentaire
## Child Support Order Review Request

À L'ATTENTION DE :

OBJET :

NUMÉRO DE DOSSIER :

DATE :

### Informations du programme

Vous avez demandé à la Division des pensions alimentaires / Division of Child Support (DCS) de modifier ou d'ajuster votre ordonnance de pension alimentaire. Vous avez deux options pour vous aider à modifier ou ajuster votre ordonnance :

1. Entamer une procédure judiciaire pour modifier votre ordonnance. Vous pouvez le faire par vous-même ou par le biais d'un avocat.
2. Demander à DCS de réviser votre ordonnance.
   a. DCS ne peut pas assurer une représentation ou offrir des conseils juridiques pour vous-même ou l'autre partie concernée par votre ordonnance.
   b. DCS examine vos informations.
      (1) Si votre ordonnance **ne satisfait pas** aux critères minimaux pour une révision, DCS ne fera rien de plus.
      (2) Si votre ordonnance **satisfait** aux critères minimaux pour une révision, DCS transfèrera votre dossier au bureau du procureur ou à une autre agence de pension alimentaire (si nécessaire) pour une modification ou un ajustement. Les critères minimaux sont :
         (a) DCS doit avoir les informations de l'adresse actuelle des deux parties concernées par l'ordonnance.
         (b) L'Etat de Washington doit avoir la compétence à l'égard des deux parties concernées par l'ordonnance.
         (c) Au moins trois ans se sont écoulés depuis que le montant de la pension a été fixé **ou** vous pouvez démontrer un changement important des circonstances.
         (d) Le montant total de la pension indiqué dans l'ordonnance doit être d'au moins 25 pour cent au-dessus ou au-dessous du montant spécifié par le ***barême de pension alimentaire de l'Etat de Washington (Washington State Child Support Schedule)*** le plus récent **et** le montant de la différence entre le montant de la pension actuelle et le nouveau montant doit être d'au moins 100 $ par mois
         (e) Le montant total de pension sur la durée de vie résiduelle de l'ordonnance doit changer d'au moins 2 400 $.

         REMARQUE : Une exception concernant les deux derniers critères indiqués ci-dessus est possible si l'ordonnance ne contient pas l'exigence d'offrir une couverture santé pour les enfants.

Si les enfants nommés dans l'ordonnance reçoivent une aide publique ou une aide médicale, des règles spéciales s'appliquent.

1. DCS révisera automatiquement votre ordonnance à des fins de modification ou d'ajustement tous les 35 mois.
2. Si vous souhaitez modifier ou ajuster votre ordonnance sans l'aide de DCS, le bureau du Procureur ou DCS doivent approuver les termes de l'ordonnance concernant la pension alimentaire affectée à l'Etat de Washington.

**Si vous souhaitez une révision de votre ordonnance par la DCS, vous devez compléter et retourner les pages 2 et 3 de ce formulaire. Voir les instructions en page 2 pour d'autres exigences.**

Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

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

# Demande de révision de l'ordonnance de pension alimentaire

## Child Support Order Review Request

NOM DU DEMANDEUR : NUMERO DE DOSSIER :

**Instructions**

Si vous souhaitez que DCS révise votre dossier pour de possibles modifications ou ajustements, utiliser ce formulaire pour demander une révision.

À l'exception de votre signature, veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie. Utiliser seulement de l'encre bleue ou noire.

Signer et retourner tous les formulaires requis à l'adresse de DCS indiquée en page 3. Si vous êtes une agence de pension alimentaire, un représentant autorisé doit signer les formulaires.

Compléter et retourner les formulaires suivants :

1. **Pages 2 and 3** de ce formulaire.
2. ***Feuilles de travail du barème des pensions alimentaires de l'État de Washington*** (Washington State Child Support Schedule Worksheets ci-jointes. Compléter les parties pour vous-même et votre famille. DCS essaiera d'obtenir les informations financières de l'autre partie.
3. ***Déclaration financière*** (ci-jointe). Compléter ce formulaire seulement si vous avez une **ordonnance de tribunal.**
4. ***Formulaire d'informations confidentielles*** *(ci-joint)* Compléter ce formulaire seulement si vous avez une **ordonnance de tribunal.**
4. ***Formulaire d'avenant aux informations confidentielles*** (ci-joint) si vous avez plus que deux enfants. Compléter ce formulaire seulement si vous avez une **ordonnance de tribunal.**

Joindre les documents suivants. **Si vous n'avez pas les documents, joindre une déclaration en explicant les raisons.**

1. Copies de vos deux dernières déclarations d'impôt fédéral.
2. Copies de vos trois derniers bulletins de salaire.

DCS ou un procureur peut transmettre tous documents envoyés à DCS à l'autre partie à votre ordonnance de pension alimentaire et peut consigner les documents dans le dossier judiciaire public.

1. L'autre partie à votre ordonnance de pension alimentaire a le droit d'examiner vos informations financières.
2. Vous devez supprimer vos informations d'identification personnelle (adresse, date de naissance, numéro de sécurité sociale) de ces documents avant leur remise à DCS.

**Je souhaite que la DCS révise mon ordonnance de pension alimentaire à des fins de modification ou d'ajustement parce que** (cocher les cases qui s'appliquent à votre cas) :

1. ☐ Mes revenus ont changé.
2. ☐ Les revenus de l'autre parent ont changé.
3. ☐ Au moins un des enfants de mon dossier est :
   a. ☐ Âgé de douze ans ou plus. Il s'agit d'une modification de l'ordonnance actuelle.
   b. ☐ Vivre dans un logement différent.
   c. ☐ Ne pas aller à l'école ou ne pas vivre au domicile.
4. ☐ Une exigence d'assurance santé doit être ajoutée à mon ordonnance.
5. ☐ Je suis handicapé, je vis dans une institution, ou je suis incarcéré.
6. ☐ Autre motif (donner les détails) : _____

Je comprends et accepte que :

1. Si je ne donne pas à DCS toutes les informations requises, DCS ne révisera pas l'ordonnance.
2. DCS révise mon dossier seulement à des fins de modification ou d'ajustement des dispositions concernant la pension alimentaire ou l'assurance santé pour les enfants. DCS n'a pas l'autorité pour réviser des ordonnances de tribunaux à des fins de modification de la garde, du droit de visite ou d'autres questions.
3. DCS utilise les informations que je fournis pour établir, modifier ou faire appliquer la pension alimentaire.
   a. DCS partage ces informations avec d'autres agences gouvernementales uniquement à ces fins.
   b. DCS transmet les informations uniquement dans le cadre autorisé par les lois et réglementations fédérales et étatiques.
   c. Je peux demander à la DCS les informations personnelles et confidentielles concernant l'autre parent.
4. Après avoir examiné ma demande, DCS la transmettra à un procureur si :
   a. DCS reçoit tous les formulaires et les informations demandés en page 3.
   b. Mon dossier satisfait aux exigences à des fins de modification ou d'ajustement.

   REMARQUE : DCS ne peut pas retirer les demandes envoyées à un procureur.
5. Si mon ordonnance ne satisfait pas aux exigences légales ou de révision, DCS ou un procureur peut décider de ne pas porter mon dossier devant les tribunaux à des fins de modification ou d'ajustement.
6. Si un procureur décide de procéder à une modification ou un ajustement de mon ordonnance de pension alimentaire, la date de prise d'effet des changements peut être n'importe quelle date depuis la date de dépôt de la requête devant les tribunaux à la date de signature de l'ordonnance par le juge. Le juge décide de la date de prise d'effet.
7. Mon ordonnance de pension alimentaire modifiée ou ajustée peut entraîner des paiements de pension alimentaire plus élevés ou plus faibles.
8. J'ai le droit de demander à un tribunal de modifier ou d'ajuster mon ordonnance de pension alimentaire par moi-même.

DATE _____ SIGNATURE DU PARENT _____

DATE _____ SIGNATURE DU REPRESENTANT DU PARENT _____

NOM EN CARACTERES D'IMPRIMERIE DU REPRESENTANT DU PARENT _____

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

Dans _____ la zone d'appel local _____

En-dehors _____ de la zone d'appel local _____

Des services de téléphonie texte (TTY/TDD) sont disponibles pour les personnes souffrant de troubles de la parole ou de l'audition.

Consultez notre site web à l'adresse : www.dshs.wa.gov/dcs

Aucune personne ne subira de discrimination en matière d'emploi, de services ou pour tout aspect des activités du programme, en raison de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, ses croyances, sa religion, son sexe, son âge ou son handicap. Le présent formulaire est disponible sur demande sous d'autres formats.

| For Child Support Agency Use Only (Réservé à l'usage de l'agence de pension alimentaire seulement) | | | |
|---|---|---|---|
| AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE | | DATE | |
| AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS | CITY | STATE | ZIP CODE |