Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

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

아동양육비 명령 재심 요청서
Child Support Order Review Request

수신:

관련 제목:

사례 번호:

날짜:

프로그램 정보

귀하는 아동지원부에(DCS) 아동양육비 명령서 내용 수정(변경)을 신청하셨습니다. 귀하의 명령서 수정 또는 조정 신청은 두 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 법원에 소송해 명령서를 수정함. 법원 소송은 귀하가 또는 변호사를 통해 할 수 있습니다.
2. DCS에 귀하의 명령서를 재심해 달라고 요청함.
   a. DCS는 귀하 또는 명령서에 관련된 상대방을 대표하거나 법적 조언을 제공하지 않습니다.
   b. DCS는 귀하의 정보를 재심합니다.
      (1) 귀하의 명령서가 재심 최저 기준에 **부합하지 않을** 경우, DCS는 더 이상의 일을 진행하지 않습니다.
      (2) 귀하의 명령서가 재심 최저 기준에 **부합하는** 경우, DCS는 귀하의 사례를 검찰 또는 필요에 따라 다른 아동지원기관에 회부해 명령서를 수정 또는 조정합니다. 최저 기준은 다음과 같습니다.
         (a) DCS에 명령서의 양 이해 당사자의 정확한 현재 주소가 있어야 함.
         (b) 명령서의 양 이해 당사자가 워싱턴주의 관할권에 있어야 함.
         (c) 양육비 금액이 마지막으로 결정된 지 3년이 경과했거나 **또는** 귀하의 환경에 상당한 변화가 있음을 증명함. 비양육 부모의 투옥으로 인하여 검토를 요청하는 경우에는 이 요구 사항이 적용되지 않습니다.
         (d) 기존 명령서에 따른 총 양육비 금액이 가장 최근의 ***워싱턴주 아동양육비 내역서(Washington State Child Support Schedule)*** 에서 정한 금액과 비교하여 15% 이상 차이가 **있고** 기존. 비양육 부모의 투옥으로 인하여 검토를 요청하는 경우에는 이 요구 사항이 적용되지 않습니다.
         (e) 명령서의 남은 유효 기간에 지급할 총 양육비의 변경액이 2,400달러 이상이어야 함.

         주: 명령서에 따라 자녀를 위해 건강보험을 제공할 의무가 없을 경우에는 위의 마지막 두 조건은 적용되지 않습니다.

명령서에 기재된 자녀가 정부보조금을 받거나 의료지원을 받을 경우 특정 규정의 적용을 받습니다.

1. DCS는 귀하의 명령서 변경 또는 수정을 35개월에 한 번 재심합니다. 비양육 부모의 투옥 시 DCS는 35개월 이전에 귀하의 양육비 지급 명령을 검토할 수 있습니다.
2. DCS의 도움 없이 귀하의 명령서를 수정 또는 조정하기를 원하면 해당 검찰 또는 DCS가 워싱턴주에 명한 아동양육비 명령서의 요건을 반드시 승인해야 합니다.

DCS에서 귀하의 명령서를 재심해 주기를 원하는 경우, 이 양식의 2면과 3면을 작성해 제출해야만 합니다. 추가 요건은 2면에 기재된 지침을 참조하십시오.

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

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

아동양육비 명령 재심 요청서
Child Support Order Review Request

신청인의 이름: 사례 번호:

작성요령

명령서 수정 또는 조정 가능성을 위해 DCS에서 귀하의 사례를 재심하기를 원하는 경우 이 양식을 작성해 신청하십시오.

서명을 제외한 모든 항목은 정자체로 기입해 주십시오. 반드시 검정 또는 파란색 펜으로 작성해야만 합니다.

모든 필수 양식에 서명한 다음, 3면에 있는 DCS 주소로 보내 주십시오. 아동 지원 기관이 작성할 경우 위임받은 직원이 본 양식에 서명해 주십시오.

작성하여 보내실 양식은 다음과 같습니다.

1. 이 양식의 **2면과 3면**
2. ***워싱턴 주아동양육비 내역서(Washington State Child Support Schedule)***(동봉). 귀하 및 세대원이 작성해야 할 항목을 모두 작성하십시오. 다른 관계 당사자의 재정 정보는 DCS에서 획득할 것입니다.
3. ***재정 상태 신고서*** (동봉). 귀하의 명령서가 **법원 명령서**일 경우에만 이 양식을 작성하십시오.
4. ***개인신상정보(기밀정보)*** 양식(동봉). 귀하의 명령서가 **법원 명령서**일 경우에만 이 양식을 작성하십시오.
5. 자녀가 두 명 이상일 경우, ***추가 개인신상정보(기밀정보)*** 양식(동봉)을 작성하십시오. 명령서가 **법원 명령서**일 경우에만 이 양식을 작성하십시오.

다음 문서들을 첨부하십시오. **아래 문서가 없으면 그 이유를 용지에 적어 제출하십시오.**

1. 지난 2년간의 연방 소득세 신고서 사본
2. 최근 3회 급여 명세서 사본

DCS 또는 검찰은 본인이 DCS에 전달한 모든 문서를 명령서에 관련된 상대방과 공유할 수 있으며, 이를 공식 법정 서류에 포함시킬 수 있습니다.

1. 아동양육비 명령서에 관련된 상대방은 본인의 재정 정보를 조회할 권리를 갖습니다.
2. 귀하는 DCS에 보내기 전에 문서상의 개인 식별 정보(주소, 생년월일, 사회보장번호 등)를 삭제해야 합니다.

다음 사유에 의거하여 본인에게 내려진 아동양육비 명령서가 수정 또는 조정될 수 있도록 DCS에서 재심해 주십시오.
(귀하의 사례에 적용되는 항목 선택)

1. ☐ 본인의 소득이 변경되었음.
2. ☐ 상대 부/모의 소득이 변경되었음.
3. ☐ 본 사례에서 한 명 이상의 자녀가 다음에 해당됨.
   a. ☐ 다른 집에서 살고 있음.
   b. ☐ 학교에 다니지 않음 또는 집에서 살지 않음.
4. ☐ 본인의 명령서에 건강보험 요건을 추가할 필요가 있음
5. ☐ 본인이 장애인, 시설입소 또는 감금되어 있음.
6. ☐ 기타(상세히 기입): _____

본인은 다음 사항을 알고 있으며 이에 동의합니다.

1. 본인이 DCS가 필요로 하는 모든 정보를 제공하지 않을 경우 DCS에서 본 명령서 재심을 거부할 것입니다.
2. DCS에서 본인의 사례를 재심하는 이유는 단지 본인의 자녀에 대한 아동양육비 또는 건강보험에 관련되는 규정을 수정 또는 조정 여부를 알아보기 위해서 입니다. DCS는 양육권, 방문권 또는 기타 사안의 변경을 위해 법원 명령을 재심할 권한을 갖지 않습니다.
3. DCS는 아동양육비의 결정, 수정 또는 시행과 관련하여 본인이 제공한 정보를 활용합니다.
   a. DCS는 이 목적에 한해 타 정부 기관과 정보를 공유합니다.
   b. DCS는 주법과 연방법에서 허용하는 범위에서만 정보를 공개합니다.
   c. 본인은 상대방의 개인 및 기밀 정보를 DCS에 요구할 수 있습니다.
4. 다음의 경우 DCS는 본인의 요청 사항을 재심한 후 검찰에 회부할 것입니다.
   a. 3면에 요구한 모든 양식과 정보를 DCS에서 받음.
   b. 본인의 사례가 수정 또는 조정 요건을 충족함.

   주: DCS는 검찰에게 전달한 요청서를 철회할 수 없습니다.
5. 본인의 요구가 법적 또는 재심 요건을 만족하지 않을 경우, DCS 또는 검찰은 본인의 아동양육비 명령서 수정 또는 조정 신청을 법정에 제출하지 않기로 결정할 수 있습니다.
6. 검찰이 아동양육비 명령서의 수정 또는 조정을 진행하기로 결정하면 법정에 소송을 제기한 날로부터 판사가 명령서에 서명하는 날의 임의 날짜에 변경 사항이 발효됩니다. 발효일은 판사가 지정합니다.
7. 수정 또는 조정된 아동양육비 명령서에 따라 양육비가 증감할 수 있습니다.
8. 본인은 아동양육비 명령서를 수정 또는 조정하기 위해 본인 스스로 법원에 신청할 권리가 있습니다.

_____ _____
날짜 부모 서명

_____ _____
날짜 부모 대리인의 서명

_____
부모 대리인의 이름(정자체로 기입)

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

시내 _____ 통화권 내 _____
시외 _____ 통화권 외 _____

언어 및 청각 장애가 있는 경우 TTY/TDD 서비스를 이용하실 수 있습니다. 본 기관 웹사이트(https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)에서 확인하십시오.

고용, 서비스 또는 프로그램 활동에 있어 아무도 인종, 피부색, 국적, 신념, 종교, 성별, 나이 또는 장애 여부로 인해 차별대우를 받아서는 아니됩니다. 본 양식은 요청 하에 다른 형식으로 받아보실 수 있습니다.

For Child Support Agency Use Only (아동 지원 기관 작성란)			
AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE			DATE
AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE