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)

Solicitação de revisão de pedido de pensão alimentícia infantil
Child Support Order Review Request

PARA:

RE:

NÚMERO DE CASO:

DATA:

Informações de programa

Você solicitou à Divisão de Suporte Infantil (DCS) para modificar (alterar) ou ajustar seu pedido de pensão alimentícia infantil. Você tem duas opções para lhe ajudar a modificar ou ajustar seu pedido:

1. Entre com uma ação no tribunal para modificar seu pedido. Você pode fazer isso sozinho ou através de seu advogado.
2. Peça a DCS para revisar seu pedido.
   a. A DCS não pode representar ou fornecer orientação jurídica a você ou à outra parte em relação ao seu pedido.
   b. A DCS revisa suas informações.
      (1) Se seu pedido **não** atende aos critérios mínimos para uma revisão, a DCS não fará nada.
      (2) Se seu pedido **atende** aos critérios mínimos para uma revisão, a DCS encaminhará seu caso para um escritório de um advogado ou outra agência de pensão alimentícia infantil (conforme seja necessário) para modificação ou ajuste. Os requisitos mínimos são:
         (a) A DCS deve ter informações de endereço atuais para ambas as partes do pedido
         (b) O estado de Washington deve ter jurisdição sobre ambas as partes para o pedido.
         (c) Passaram-se no mínimo três anos desde que o valor da pensão alimentícia foi definido por último **ou** você pode comprovar uma mudança significativa nas circunstâncias. O requerido não se aplica caso a revisão seja solicitada, uma vez que o(a) pai/mãe que não detém a guarda é detido(a).
         (d) O valor total da pensão alimentícia no pedido existente deve ser de no mínimo 15% acima ou abaixo do valor especificado pela ***Planilha de pensão alimentícia infantil do Estado de Washington***. O requerido não se aplica caso a revisão seja solicitada, uma vez que o(a) pai/mãe que não detém a guarda é detido(a).
         (e) O valor total de suporte ao longo da validade restante do pedido deve ser alterado em no mínimo US$ 2.400,00.

         NOTA: Uma exceção aos dois critérios acima listados é fornecida quando o pedido não possui um requisito para fornecer cobertura de seguro de saúde para as crianças.

Se as crianças listadas no pedido recebem assistência pública ou médica, regras especiais são aplicáveis.

1. A DCS revisará automaticamente seu pedido para modificação ou ajuste a cada 35 meses. Ademais, a DCS poderá revisar seu pedido de pensão anteriormente ao prazo de 35 meses no caso do(a) pai/mãe que não detém a guarda for detido(a).
2. Caso queira modificar seu pedido sem ajuda da DCS, o escritório do advogado ou a DCS devem aprovar os termos do pedido com relação à pensão alimentícia infantil designada ao estado de Washington.

Caso queira que a DCS revise seu pedido, é necessário preencher e devolver as páginas 2 e 3 deste formulário. Consulte as instruções na página 2 para informações sobre requisitos adicionais.

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)

Solicitação de revisão de pedido de pensão alimentícia infantil
Child Support Order Review Request

NOME DO SOLICITANTE: NÚMERO DE CASO:

Instruções

Se você deseja que a DCS revise seu caso em busca de uma possível modificação ou ajuste, use esse formulário para solicitar a revisão..

Exceto por sua assinatura, imprima suas respostas. Use apenas tinta preta ou azul.

Assine e devolva todos os formulários necessários para o endereço da DCS listado na página 3. Se você faz parte de uma agência de pensão alimentícia infantil, um representante autorizado deve assinar os formulários.

Preencha e devolva os seguintes formulários:

1. **Páginas 2 e 3** deste formulário.
2. ***Planilhas da tabela para pagamento de pensão alimentícia do Estado de Washington*** (anexo). Preencha as partes para você e sua família. A DCS tentará obter as informações financeiras da outra parte.
3. ***Declaração financeira*** (anexa). Preencha esse formulário apenas se você possuir um **mandado judicial**.
4. ***Formulário de informações confidenciais*** (anexo). Preencha esse formulário apenas se você possuir um **mandado judicial**.
4. ***Formulário de adendo para informações confidenciais*** (anexo) se você tem mais de dois filhos. Preencha esse formulário apenas se você possuir um **mandado judicial**.

Anexe os documentos a seguir. **Se você não possui os documentos, anexe uma declaração explicando o motivo.**

1. Cópias de suas últimas duas declarações de imposto de renda federais.
2. Cópias de suas últimas três folhas de pagamento.

A DCS ou o advogado podem compartilhar quaisquer documentos que você enviar à DCS com a outra parte para seu pedido de pensão alimentícia e podem registrar os documentos em um processo de tribunal público.

1. A outra parte de seu pedido de pensão alimentícia tem o direito de visualizar suas informações financeiras.
2. Você deve remover suas informações de identificação pessoais (endereço, data de nascimento, número de seguridade social) dos documentos antes de enviá-los para a DCS.

Quero que a DCS revise meu pedido de pensão alimentícia para modificação ou ajuste porque (marque as caixas abaixo aplicáveis ao seu caso):

1. ☐ Minha renda mudou.
2. ☐ A renda da outra parte mudou.
3. ☐ Pelo menos uma das crianças em meu caso:
   a. ☐ Está vivendo em um lar diferente.
   b. ☐ Não está indo para a escola ou vivendo em casa.
4. ☐ Um requisito de seguro de saúde precisa ser adicionado ao meu pedido.
5. ☐ Estou incapacitado, institucionalizado ou encarcerado.
6. ☐ Outros (forneça detalhes): _____

Compreendo e concordo que:

1. Se eu não fornecer todas as informações necessárias à DCS, a DCS não revisará o pedido.
2. A DCS só revisa meu caso para modificação ou ajuste das provisões com relação a pensão alimentícia infantil ou seguro de saúde para as crianças. A DCS não possui autoridade para analisar pedidos de tribunal para alterações em custódia, visitas ou outros problemas.
3. A DCS usa as informações que forneci para definir, modificar ou reforçar a pensão alimentícia.
   a. A DCS compartilha informações com outras agências do governo somente para essas finalidades..
   b. A DCS divulga as informações apenas do modo permitido pelas leis estaduais e federais.
   c. Posso pedir para a DCS informações pessoais e confidenciais da outra parte.
4. Depois de analisar minha solicitação, a DCS irá encaminhá-la para um advogado.
   a. A DCS recebe todos os formulários e informações solicitados na página 3.
   b. Meu caso atende aos requisitos de modificação ou ajuste.

   NOTA: A DCS não pode reter solicitações enviadas a um advogado.
5. Se meu pedido não atender a requisitos jurídicos ou de revisão, a DCS ou um advogado pode decidir por não levar meu pedido de pensão alimentícia para o tribunal para modificação ou ajuste.
6. Se um advogado optar por prosseguir com uma modificação ou ajuste de meu pedido de pensão alimentícia, a data inicial de qualquer alteração pode ser qualquer data a partir da data na qual a ação é registrada no tribunal até a data na qual o juiz assina o pedido. Caberá ao juiz decidir a data de início.
7. Meu pedido de pensão alimentícia ajustado ou modificado pode resultar em pagamentos de pensão alimentícia superiores ou inferiores.
8. Tenho o direito de solicitar que um tribunal modifique ou ajuste meu pedido de pensão alimentícia.

DATA	ASSINATURA DE UM DOS PAIS
DATA	ASSINATURA DO REPRESENTANTE DE UM DOS PAIS
	NOME IMPRESSO DO REPRESENTANTE DE UM DOS PAIS

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

Dentro de _____ código de área _____

Externo _____ código de área _____

Serviços de teletipo/dispositivos de telecomunicação para deficientes auditivos estão disponíveis para indivíduos com deficiências na fala ou audição.

Visite nosso site na internet no endereço: www.dshs.wa.gov/dcs

Nenhuma pessoa pode ser discriminada no acesso ao emprego, serviços ou qualquer aspecto das atividades do programa devido à raça, cor, nacionalidade, credo, religião, sexo, idade ou incapacidade. Este formulário está disponível em formatos alternativos sob solicitação.

For Child Support Agency Use Only (Para uso exclusivo da agência de pensão alimentícia infantil)			
AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE			DATE
AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE