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)

Просьба о пересмотре постановления о выплате пособий по содержанию детей
Child Support Order Review Request

КОМУ:

ПО ВОПРОСУ:

НОМЕР ДЕЛА:

ДАТА:

Информация о программе

Вы просили Отдел по вопросам помощи детям (DCS) об изменении распоряжения о выплате алиментов на детей. У вас есть два варианта, чтобы помочь вам изменить или отрегулировать ваш приказ:

1. Подать иск в суд, чтобы изменить ваш приказ. Вы можете сделать это самостоятельно или через адвоката.
2. Попросить DCS просмотреть список своих заказов.
   a. Отдел DCS не может представлять Ваши интересы или интересы другой стороны, фигурирующей в распоряжении о выплате алиментов, а также предоставлять адвокатов Вам или противной стороне.
   b. DCS рассматривает вашу информацию.
      (1) Если ваше распоряжение **не** отвечает минимальным критериям для обзора, DCS ничего не будет делать дальше.
      (2) Если ваше распоряжение **удовлетворяет** минимальным критериям для обзора, DCS передаст ваше дело в офис окружного прокурора или другого агентства поддержки детей (при необходимости) для внесения изменений или корректировки. Минимальные требования включают:
         (a) Отдел DCS должен располагать полной, действительной в настоящее время информацией об адресах обеих сторон, представленных в распоряжении.
         (b) Обе стороны, представленные в распоряжении, должны находиться под юрисдикцией штата Вашингтон.
         (c) Прошло не менее трех лет с тех пор, как в последний раз была установлена сумма алиментов**, или** вы можете продемонстрировать существенное изменение ваших обстоятельств.
         (d) Общая сумма алиментов согласно существующему распоряжению должна быть, по крайней мере, на 25 процентов выше или ниже суммы, указанной в последней ***таблице штата Вашингтон по расчету алиментов на детей*****,** а разница между существующей суммой алиментов и новой суммой алиментов должна быть не менее $100.00 в месяц.
         (e) Общая сумма алиментов за оставшееся время действия распоряжения о выплате алиментов должна изменяться на сумму не менее $2 400.00.

         ПРИМЕЧАНИЕ: Исключение последних двух критериев, перечисленных выше, когда распоряжение не является требованием по обеспечению медицинского страхования для детей.

Если дети, перечисленные в распоряжении получают государственную помощь или медицинскую помощь, применяются особые правила.

1. DCS будет автоматически анализировать ваше распоряжение для изменений или корректировок каждые 35 месяцев.
2. Если вы хотите изменить или отрегулировать ваше распоряжение без помощи DCS, окружной прокурор или DCS должны одобрить условия распоряжения в отношении алиментов, назначенных в штате Вашингтон.

Если вы хотите, чтобы DCS рассмотрел ваше распоряжение, вы должны заполнить его и вернуть страницах 2 и 3 настоящей формы. См. инструкции на стр. 2 в отношении дополнительных требований.

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)

Просьба о пересмотре постановления о выплате пособий по содержанию детей

Child Support Order Review Request

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ: НОМЕР ДЕЛА:

Инструкции

Если вы хотите, чтобы DCS рассмотрел ваше дело для возможной модификации или регулировки, используйте эту форму, чтобы попросить о пересмотре.

Все ответы, за исключением своей подписи, пишите печатными буквами. Используйте черные или синие чернила.

Подпишите и верните все необходимые документы в Отдел DCS по адресу, указанному на стр. 3. Если Вы являетесь ведомством по вопросам помощи детям, то документы должен подписать уполномоченный представитель Вашего ведомства.

Заполните и верните следующие формы:

1. **Страницы 2 и 3** этой формы.
2. ***План штата Вашингтон по расчету алиментов на детей. Рабочие таблицы*** (прилагаются). Заполните все разделы, касающиеся вас и членов вашей семьи. DCS попытается получить финансовую информацию о другой стороне.
3. ***Финансовая декларация*** (Прилагается). Заполните эту форму, только если у вас есть **решение суда**.
4. ***Форма "Конфиденциальная информация"*** form (прилагается). Заполните эту форму, только если у вас есть **решение суда**.
5. ***Дополнение к форме «Конфиденциальная информация,*** в случае если у Вас более двух детей (прилагается). Заполните эту форму, только если у вас есть **решение суда**.

Приложите следующие документы. **Если у вас нет документов, приложить заявление, объясняя, почему.**

1. Приложите копии своих федеральных налоговых деклараций за последние два года.
2. Приложите копии своих трех последних ***квитанций о получении заработной платы.***

Внимание: Отдел DCS или окружной прокурор могут ознакомить с любыми представленными вами документами другую сторону, фигурирующую в постановлении по вашему делу, или приобщить их к общедоступным судебным материалам.

1. Другая сторона, фигурирующая в распоряжении по Вашему делу, имеет право ознакомиться с Вашей финансовой информацией.
2. Перед отправкой в документов Отдел DCS я должен (на) изъять из них личную идентификационную информацию (адрес, дату рождения, номер социального страхования).

Я хочу, чтобы DCS рассмотрел решение об оказании мне материальной помощи для того, чтобы изменить или откорректировать его (отметьте ниже то, что применяются вашем случае):

1. ☐ Мой доход изменился.
2. ☐ Произошли изменения в зарплате другого родителя.
3. ☐ По крайней мере один из детей, проходящих по моему делу:
   a. ☐ Достиг возраста двенадцать лет или старше. Это изменение не отражено в ныне действующем постановлении.
   b. ☐ Проживает в другом доме.
   c. ☐ Не посещает школу и не проживает дома.
4. ☐ В постановление необходимо добавить требование о медицинском страховании.
5. ☐ Я инвалид, нахожусь в доме интернате для инвалидов или престарелых, или в тюрьме.
6. ☐ Иное (изложите подробно): _____

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

1. Если я не предоставлю Отделу DCS всех необходимых сведений, то он откажет в пересмотре дела.
2. DCS рассматривает только мой случай для корректировки или изменений положений, касающихся алиментов или медицинского страхования для детей. Отдел DCS не уполномочен проводить пересмотр судебных постановлений, касающихся изменений в правах и обязанностях по опёке над детьми, порядке посещения детей и иных вопросов.
3. Отдел DCS использует представленную мной информацию для принятия, модификации и обеспечения исполнения постановлений о выплате пособий по содержанию детей.
   a. Отдел DCS может передавать предоставленную информацию другим правительственными ведомствам исключительно в этих целях.
   b. Отдел DCS предоставляет сведения о клиентах исключительно в соответствии с законодательными и нормативными актами штата и США.
   c. Я могу запросить Отдел DCS о предоставлении мне личной и конфиденциальной информации о другом родителе.
4. После рассмотрения моей просьбе, DCS отправит ее окружному прокурору, если:
   a. Отдел DCS получит все сведения, указанные на стр. 3.
   b. Мое дело соответствует требованиям для внесения изменений.

   ПРИМЕЧАНИЕ: Отдел DCS не может отозвать запросы, направленные представителю государственной прокуратуры.
5. Если мое постановление не отвечает юридическим требованиям или требованиям для пересмотра, то Отдел DCS или представитель окружного прокурора могут решить не направлять мое постановление о выплате пособий судье для внесения поправок и изменений.
6. Если представитель окружного прокурора примет вопрос о внесении поправок или изменений в мое постановление о выплате пособий к рассмотрению, то изменения могут вступить в силу в любой момент с даты подачи дела в суд до даты подписания судьей соответствующего постановления. Решение о дате вступления в силу постановлений и изменений принимает судья.
7. Поправки и изменения в мое постановление о выплате пособий могут привести как к увеличению, так и к уменьшению размера выплат пособий.
8. У меня есть право самостоятельно запросить суд о внесении поправок или изменений в мое постановление о выплате пособий.

_____ _____

ДАТА ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ:

_____ _____

ДАТА ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ

_____

ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

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

Для звонков в пределах региона с кодом местности: _____ : _____

Для звонков за пределами региона с кодом местности: _____ : _____

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом/ слуховым аппаратом (TTY/TDD).
Посетите наш вебсайт по адресу: www.dshs.wa.gov/dcs

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.

For Child Support Agency Use Only			
AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE		DATE	
AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE