

## Demande de modification - Ordonnance administrative

### Petition for Modification – Administrative Order

OBJET : ) NUMÉRO DE DOSSIER :  
Parent n'ayant pas la garde )  
)  
)  
Parent ayant la garde )

#### Instructions

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

WAC 388-14A-3925 exige que vous coopériez.

1. Saisir un montant de pension alimentaire proposé (nouveau).
2. Indiquer une raison pour votre demande de modification.
3. Signer le formulaire.

Vous devez compléter et retourner à la DCS les documents listés à la page 2 de ce formulaire.

Remarque : Si vous n'effectuez pas toutes les actions exigées sur ce formulaire, un juge administratif (ALJ) peut rejeter cette requête.

#### Requête

Je soussigné, \_\_\_\_\_, sollicite le Bureau des audiences administratives de demander à la Division des pensions alimentaires (DCS) et aux parties nommées ci-dessus de se présenter et de démontrer pourquoi mon ordonnance administrative de pension alimentaire ne devrait pas être modifiée. Mon ordonnance administrative de pension alimentaire est entrée en vigueur le \_\_\_\_\_.

Je pense que le montant de pension alimentaire actuel pour cette affaire devrait être de \$ par mois.

Je pense que le montant de pension alimentaire actuel devrait être modifié parce que :

---

---

---

---

---

---

---

---

**Voir les pages 2 et 3 pour d'autres exigences et la section de votre signature.**

## Reconnaisances

Je comprends que :

1. La DCS s'opposera à cette requête si elle ne satisfait pas aux critères de modification d'une ordonnance selon RCW 74.20A.059.
2. Si mon ordonnance ne contient pas déjà ces dispositions, la DCS demandera à ALJ d'inclure dans mon ordonnance que chaque parent fournisse une couverture d'assurance santé pour les enfants si une couverture est disponible ou le deviendra par l'employeur ou un syndicat et la prime d'assurance santé ne devra pas excéder 25 pour cent des obligations de pension de base du parent. La DCS considère que cette exigence est satisfaite si les enfants ont droit aux services de santé tribaux (Indian Health Services) (HIS). La DCS peut faire appliquer cette obligation dans certaines circonstances. Le parent défaillant doit présenter à la DCS et à l'autre parent un justificatif de couverture accessible pour le(s) enfant(s) dans un délai de 20 jours à compter de la date à laquelle cette avis devient une ordonnance de pension alimentaire définitive. Si le parent défaillant ne fournit pas de justificatif de couverture, ce dernier peut être requis de satisfaire à l'obligation de fournir une assurance santé en effectuant les actions suivantes, par ordre de priorité :
  - a. Fournir ou maintenir une couverture d'assurance médicale par le biais de son employeur ou de son syndicat, pour un coût ne dépassant pas 25 % de son obligation de pension alimentaire de base.
  - b. Contribuer à la part proportionnelle du parent défaillant d'une prime mensuelle versée par l'autre parent au titre de la couverture d'assurance maladie pour le(s) enfant(s) indiqué(s) dans l'ordonnance de pension, sans dépasser 25 % de l'obligation de pension alimentaire de base du parent défaillant.
3. Je dois demander un montant spécifique de pension alimentaire, fournir une raison de demander la modification, et signer ce formulaire. Sinon, la DCS ne pourrai pas procéder à ma requête.
4. Je dois déposer les documents suivants auprès de la DCS.
  - a. Ce formulaire rempli.
  - b. Les feuilles de travail complétées du **calendrier de pension alimentaire de l'Etat de Washington**.
  - c. Si je suis un parent des enfants, un justificatif de revenus (fiches de paie, avis d'imposition, etc.).
5. Je dois envoyer par courrier postal les documents ci-dessus à l'adresse suivante ou les remettre en mains propres au bureau de la DCS qui traite mon dossier.

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520
6. Si je ne fournis pas les documents ci-dessus à la DCS, un ALJ (juge administratif) peut rejeter ma requête.
7. Je dois informer la DCS si je change d'adresse.
8. Je dois informer la DCS de tout changement de la couverture santé pour mes enfants.
9. La DCS ne me représentera pas ni l'autre partie pour mon ordonnance de pension alimentaire dans cette action.
10. Si je ne me présente pas et ne participe pas à l'audience prévue, un ALJ (juge administratif) peut rejeter ma requête.
11. Si l'autre partie ne se présente pas et ne participe pas à l'audience prévue, un ALJ (juge administratif) peut :
  - a. Accorder les demandes formulées par la DCS ou l'autre partie sans autre avis à votre intention.
  - b. Ordonner un montant de pension supérieur ou inférieur au montant proposé dans cette requête.

## Avis aux deux parents

Un juge administratif (ALJ) peut :

1. Ordonner que les deux parents fournissent une couverture d'assurance santé pour les enfants si une couverture est disponible ou le deviendra par l'employeur ou un syndicat et la prime d'assurance santé ne devra pas excéder 25 pour cent des obligations de pension de base des parents.
2. Ordonner que les deux parents paient une part proportionnelle des dépenses de santé non assurées, notamment les quote-parts, les franchises, et toute partie de la part proportionnelle d'une prime d'assurance médicale non appliquée par la remise d'un **Avis de pension due**.
3. Ordonner que si un parent qui doit fournir une couverture santé pour les enfants ne fournit pas le justificatif d'une couverture accessible, la DCS peut effectuer l'une des actions suivantes, par ordre de priorité :
  - a. Envoyer un avis à l'employeur ou au syndicat sommant l'employeur ou le syndicat d'inscrire le(s) enfant(s) à un plan d'assurance maladie comme indiqué dans RCW 28.18.170.
  - b. Envoyer une **Notification de pension alimentaire due** au parent défaillant le sommant de payer sa part proportionnelle d'une prime mensuelle que l'autre parent verse pour le(s) enfant(s), sans excéder 25 % de l'obligation de pension alimentaire de base du parent défaillant.
4. Ordonner que si un parent défaillant omet d'inscrire le(s) enfant(s) à une couverture d'assurance maladie privée accessible ou à la couverture disponible par le biais de son employeur ou de son syndicat, la DCS peut faire appliquer les obligations d'aide médicale du parent en vertu de RCW 26.18.170.

## Déclaration

Je déclare sous peine de parjure, en vertu des lois de l'État de Washington, que les informations qui précèdent sont sincères et exactes.

**Vous devez également signer ce formulaire.**

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
BOITE POSTALE OU ADRESSE POSTALE

\_\_\_\_\_  
NOM DE MON AVOCAT OU DE MON REPRESENTANT

\_\_\_\_\_  
MA VILLE                      ÉTAT                      CODE POSTAL

\_\_\_\_\_  
ADRESSE DE MON AVOCAT OU MON REPRESENTANT

(       )                      || (       )  
\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOMICILE    NUMERO DE TELEPHONE MOBILE

\_\_\_\_\_  
VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL DE MON AVOCAT OU REPRESENTANT

(       )                      || (       )  
\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL    NUMERO DE TELEPHONE MOBILE

(       )  
\_\_\_\_\_  
NUMERO DE TELEPHONE DE MON AVOCAT OU REPRESENTANT

(       )  
\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE FAX

\_\_\_\_\_  
MEILLEUR MOMENT POUR M'APPELER

\_\_\_\_\_  
LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE QUE LA PARTIE SOUHAITE UTILISER POUR L'AUDIENCE

Aucune personne en raison de la race, la couleur, l'origine nationale, la croyance, la religion, le sexe, l'âge ou le handicap, ne sera discriminée dans l'emploi, les services, ou n'importe quel aspect des activités du programme. Le présent formulaire est disponible sur demande en d'autres formats.