

Прохання щодо зміни адміністративного розпорядження Petition for Modification – Administrative Order

СТОСОВНО:)
Особа, яка за рішенням суду не отримала право опікування дитини)
(дітей))
)
)
Особа, яка за рішенням суду має право опікування дитини (дітей))

Інструкції

Будь ласка, надрукуйте або напишіть друкованими літерами всі відповіді, за винятком вашого підпису.
Користуйтеся чорним або синім чорнилом.

WAC 388-14A-3925 вимагає від вас:

1. Зазначити запропоновану (нову) суму допомоги дітям.
2. Указати причину вашого прохання щодо зміни розпорядження.
3. Підпишіть форму.

Ви повинні заповнити і повернути у відділ DCS документи, вказані на сторінці 2 цієї форми.

ПРИМІТКА: Якщо ви не виконаєте всі необхідні дії, вказані в цій формі, суддя з адміністративних питань (Administrative Law Judge, ALJ) може відмовитися розглядати ваше прохання.

Прохання

Я, _____, прошу офіс із адміністративних слухань (Office of Administrative Hearings) надати вказівки працівникам відділу допомоги дітям (Division of Child Support, DCS) і вказаним вище сторонам у моїй справі з'явитися та надати докази або причини, чому моє адміністративне розпорядження щодо допомоги дитині (дітям) не можна змінити. Моє адміністративне розпорядження щодо допомоги дитині (дітям) було видано (дата) _____.

Я вважаю, що наразі сума поточної допомоги дитині (дітям) за цією справою повинна становити \$_____ щомісяця.

Я вважаю, що наразі суму поточної допомоги дитині (дітям) слід змінити, тому що:

Дивіться сторінки 2 і 3, де вказано додаткові вимоги та є розділ для вашого підпису.

Офіційні підтвердження

Я розумію, що:

1. DCS заперечуватиме моєму прохання, якщо воно не відповідає критеріям для внесення змін у розпорядження, що містяться в RCW 74.20A.059.
2. Якщо моє розпорядження не матиме цих умов, відділ DCS проситиме ALJ включити ці умови у моє розпорядження, а саме: вимоги до кожного з батьків дитини (дітей) забезпечити страхування здоров'я для дитини (дітей), якщо це страхування є доступним наразі або незабаром буде доступним через працедавця або професійну спілку, а страхові внески (premium) для страхування здоров'я не перевищуватимуть 25 відсотків від основної суми виплат на допомогу дитині (дітям), яку повинен сплачувати той з батьків, який забезпечує страхування здоров'я для дитини (дітей). Відділ DCS вважає, що цю вимогу виконано, якщо дитина (діти) має (мають) право на користування послугами медичної допомоги для індіанців (Indian Health Services). За певних обставин відділ DCS може докласти зусиль для примусового введення в дію цього обов'язку. Той із батьків, який має обов'язок щодо страхування, повинен надати відділу DCS та іншому з батьків доказ наявності доступного страхування здоров'я для дитини (дітей), цей доказ слід надати в межах проміжку часу 20 днів із дати, коли введено в дію остаточне розпорядження щодо допомоги дитині (дітям). Якщо той із батьків, який має обов'язок щодо страхування, не надасть доказ наявності страхування здоров'я для дитини (дітей), то від цієї особи можуть вимагати задовольнити цей обов'язок стосовно страхування здоров'я для дитини (дітей) шляхом виконання одного з наступних заходів (наведено в порядку пріоритету):
 - a. Забезпечення або підтримання страхування здоров'я через місце роботи або професійну спілку того з батьків, який має обов'язок щодо страхування, сума виплат на страхування здоров'я не перевищуватиме 25 відсотків від основної суми виплат на допомогу дитині (дітям), яку повинен сплачувати той з батьків, який забезпечує страхування здоров'я для дитини (дітей).
 - b. Внесення пропорційної частки щомісячних виплат для того з батьків, який має обов'язок щодо страхування, щоб додати цю суму до страхових внесків, які сплачує за страхування здоров'я дитини (дітей) інший з батьків, поіменований у розпорядженні про допомогу дитині (дітям), цей внесок не перевищуватиме 25 відсотків від основної суми виплат на допомогу дитині (дітям), яку повинен сплачувати той з батьків, який забезпечує страхування здоров'я для дитини (дітей).
3. Я повинен просити визначення особливої суми на допомогу дитині (дітям) через (надайте причину) та підпишіть цю форму. Якщо я не надаю причину, відділ DCS не може розглядати моє прохання.
4. Я повинен направити відділові DCS наступні документи.
 - a. Це заповнене прохання.
 - b. Заповнені аркуші **Розклад виплат на допомогу дитини у штаті Вашингтон (Washington State Child Support Schedule)**.
 - c. Якщо я є одним із батьків дитини (дітей), доказ доходу (квитанції щодо отримання заробітної платні, податкові документи, тощо).
5. Я повинен надіслати ці документи поштою на наступну адресу або особисто надати їх працівнику офісу DCS, який веде мою справу.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. Якщо я не надам указані вище документи до відділу DCS, суддя ALJ може відмовитися розглядати моє прохання.
7. Я повинен повідомити відділ DCS, якщо моя адреса зміниться.
8. Я повинен повідомити відділ DCS щодо будь-яких змін у страхуванні здоров'я для моєї дитини (дітей).
9. Відділ DCS не представляє мене або іншу сторону в розпорядженні про аліменти дитині (дітям).
10. Якщо я не відвідаю та не братиму участь у запланованому слуханні, суддя ALJ може відмовитися розглядати моє прохання.
11. Якщо інша сторона в моєму розпорядженні не відвідає та не братиме участь у запланованому слуханні, суддя ALJ може:
 - a. Задовольнити всі прохання відділу DCS або іншої сторони у цій справі без подальших попереджень.
 - b. Надати розпорядження щодо суми аліментів, яка є більшою або меншою, ніж сума, яка запропонована в цьому проханні.

Зауваження до обох батьків

Суддя ALJ може:

1. Надати обом батькам розпорядження щодо забезпечення страхування здоров'я дитини (дітей), якщо це страхування є доступним наразі або незабаром буде доступним через працедавця або професійну спілку, а страхові внески (premium) для страхування здоров'я не перевищуватимуть 25 відсотків від основної суми виплат на допомогу дитині (дітям), яку повинен сплачувати кожний із батьків.
2. Надати обом батькам розпорядження щодо внесення пропорційної частки медичних витрат, які не сплачуються за рахунок страхування, в тому числі сумісні виплати (sorauments), суми, які відраховуються або франшизи (deductibles) та будь-яку пропорційну частину страхових внесків на медичне страхування (premium), які не введено в дію через послуги **Повідомлення про обов'язок сплачувати аліменту (Notice of Support Owed)**.
3. Надати розпорядження щодо заходів, які відділ DCS може вжити до того з батьків, якому наказано забезпечити страхування здоров'я дитини (дітей), але він або вона не надали доказ наявності доступного страхування; це можуть біти наступні заходи (наведені в порядку пріоритету):
 - a. Надіслати повідомлення до працедавця або професійної спілки з вимогою включити дитину (дітей) у план страхування здоров'я, як це описано в RCW 28,18.170.
 - b. Направити повідомлення тому за батьків, який повинен забезпечити страхування, з вимогою сплачувати його/її пропорційну частку щомісячних страхових внесків, які сплачує інший із батьків за страхування дитини (дітей), ця сума не перевищуватиме 25 відсотків від основної суми виплат на допомогу дитині (дітям), яку повинен сплачувати той з батьків, який забезпечує страхування здоров'я для дитини (дітей); або
4. Надати розпорядження щодо того, що у випадку невиконання цих вказівок тим із батьків, який повинен включити дитину (дітей) в доступний план страхування, або в план страхування, доступний через працедавця цієї особи чи професійну спілку, до якої він/вона належить, відділ DCS може вжити заходів до того з батьків, який повинен забезпечити страхування, для примусового виконання обов'язків згідно RCW 26,18.170.

ЗАЯВА

Я обізнаний(а) із можливістю покарання за лжесвідчення згідно законам штату Вашингтон, і я заявляю, що зазначене у цій заяві є вірним і правильним.

Ви повинні підписати цю форму

ДАТА	МІЙ ПІДПИС
P.O. BOX (ПОШТОВА СКРИНЬКА) АБО НАЗВА ВУЛИЦІ	ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ МОГО АДВОКАТА АБО ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ МОГО ПРЕДСТАВНИКА
МОЄ МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	АДРЕСА МОГО АДВОКАТА АБО ПРЕДСТАВНИКА
() ()	МІСТО, ШТАТ ТА ПОШТОВИЙ ІНДЕКС МОГО АДВОКАТА АБО ПРЕДСТАВНИКА
НОМЕР ДОМАШНЬОГО ТЕЛЕФОНУ НОМЕР МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ	()
() ()	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ МОГО АДВОКАТА АБО ПРЕДСТАВНИКА
НОМЕР РОБОЧОГО ТЕЛЕФОНУ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ	
()	
НОМЕР ФАКСУ:	
НАЙКРАЩИЙ ЧАС ТЕЛЕФОНУВАТИ МЕНІ	
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ, ЯКИЙ Я БИ ХОТІВ (-ЛА) ЗАСТОСУВАТИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СЛУХАННЯ	

Жодна особа не повинна бути дискримінована при влаштуванні на роботу, отриманні послуг або будь-яких аспектів діяльності цієї програми через її расу, колір шкіри, національне походження, переконання, віросповідання, стать, вік або інвалідність. Цей бланк можна отримати в альтернативному форматі на замовлення.