

## Խնդրագիր փոփոխության համար – Ադմինիստրատիվ հրաման

### Petition for Modification – Administrative Order

ԹԵՄԱ՝ ) ԳՈՐԾԻ ՀԱՄԱՐ՝  
Ոչ խնամակալ ծնող )  
)  
)  
Խնամակալ ծնող )

#### Ցուցումներ

Ձեր ստորագրությունից բացի, տպատառերով գրեք ձեր պատասխանները: Օգտագործեք կապույտ կամ սև թանաք:  
WAC 388-14A-3925 պահանջում է ձեզանից՝

1. Մուտքագրել առաջադրված (նոր) երեխաների օգնության քանակը:
2. Ներկայացրել փոփոխության համար ձեր պահանջի պատճառը:
3. Ստորագրել ձեր:

Դուք պետք է լրացնեք և վերադարձնեք DCS-ին այս ձևի 2-րդ էջում նշված բոլոր փաստաթղթերը:

ԱԿՆԱՐԿ. Եթե դուք չկատարեք այս ձևի բոլոր պահանջվող գործողությունները, ապա Ադմինիստրատիվ օրենքի դատավորը (ԱՕԴ) կարող է մերժել այս խնդրագիրը:

#### Խնդրագիր

Ես, \_\_\_\_\_, խնդրում եմ Ադմինիստրատիվ Լսումների Գրասենյակին ուղղորդել Երեխաների Օգնության Բաժինը (DCS) և վերը նշված բոլոր կողմերին ներկայանալ և ցույց տալ, թե ինչու ադմինիստրատիվ երեխաների օգնության իմ հրամանը չպետք է փոփոխվի: Ադմինիստրատիվ երեխաների օգնության իմ հրամանը ներկայացվել է \_\_\_\_\_:

Ես կարծում եմ՝ երեխաների օգնության քանակն այս գործի համար պետք է լինի ամսական \$ \_\_\_\_\_:

Ես կարծում եմ՝ այս օգնության քանակը պետք է փոփոխվի, որովհետև՝

---

---

---

---

---

---

---

---

**Տեսեք 2-րդ և 3-րդ էջերը լրացուցիչ պահանջների և ձեր ստորագրության հատվածի համար:**

## Իրազեկում

Ես հասկանում եմ, որ՝

1. DCS-ն կհակադրվի այս խնդրագրին, եթե այն չհամապատասխանի հրամանը փոփոխելու անհրաժեշտ չափանիշներին՝ նշված RCW 74.20A.059-ում:
2. Եթե իմ հրամանը չի պարունակում այս դրույթները, DCS-ն կխնդրի ԱՕԴ-ին ներառել այդ դրույթներն իմ հրամանի մեջ՝ պահանջելով յուրաքանչյուր ծնողից տրամադրել առողջապահական ապահովագրում երեխաների համար, եթե ապահովագրումն առկա է հիմա կամ հասանելի կդառնա աշխատանքի կամ միության շնորհիվ, և առողջապահական ապահովագրման հավելավճարը չի անցնում ծնողի հիմնական օգնության պարտականության 25%-ը: DCS-ն պահանջները բավարար է համարում, եթե երեխաները իրավասու են Ամերիկյան Հնդկների Առողջապահական Ծառայությունների համար: DCS-ն կարող է հարկադրել այս պարտականությունը որոշակի հանգամանքների պարագայում: Պարտավորված ծնողը պետք է DCS-ին և մյուս ծնողին երեխաների համար հասանելի ապահովագրման ապացույցներ ներկայացնի՝ երեխաների օգնության վերջին հրամանի ներկայացման ամսաթվից ի վեր 20 օրվա ընթացքում: Եթե պարտավորված ծնողը չի ներկայացնում ապահովագրման ապացույց, ապա պարտավորված ծնողից, հնարավոր է, պահանջվի բավարարել պարտականությունը և տրամադրել առողջապահական ապահովագրում՝ կատարելով հաջորդիվ կետերը՝ ըստ հերթականության՝
  - ա. Տրամադրել կամ պահպանել առողջապահական ապահովագրումը պարտավորված ծնողի աշխատանքի կամ միության միջոցով այն գումարի չափով, որը չի անցնում պարտավորված ծնողի՝ երեխաների օգնության հիմնական պարտականության 25%-ը:
  - բ. Աջակցել, որ պարտավորված ծնողի ամսական հավելավճարի համաչափ մասնաբաժինը վճարվի մյուս ծնողի կողմից՝ օգնության հրամանում նշված երեխաների առողջապահական ապահովագրման համար՝ չանցնելով պարտավորված ծնողի՝ երեխաների օգնության հիմնական պարտականության 25%-ը:
3. Ես պետք է խնդրեմ երեխաների օգնության որոշակի քանակ, ներկայացնեմ փոփոխություն խնդրելու պատճառները և ստորագրեմ այս ձևը: Եթե ես դա չկատարեմ, ապա DCS-ն չի կարողանա ընթացք տալ իմ խնդրագրին:
4. Ես պետք է հետևյալ փաստաթղթերը ներկայացնեմ DCS-ին:
  - ա. Այս լրացված խնդրագիրը:
  - բ. **Վաշինգտոն Նահանգի Երեխաների Օգնության Ժամանակացույցի** լրացված աշխատաթերթերը:
  - գ. **Եթե ես երեխաների ծնողն եմ**, Եկամուտի ապացույց (աշխատավարձի չեքերի կտրոններ, Եկամտահարկի հաշվետվություն և այլն):
5. Ես պետք է վերը նշված փաստաթղթերն ուղարկեմ հետևյալ հասցեով կամ անձամբ ներկայացնեմ դրանք DCS-ի գրասենյակ, որը զբաղվում է իմ գործով:

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

6. Եթե ես չտրամադրեմ վերը նշված փաստաթղթերը DCS-ին, ապա ԱՕԴ-ն կարող է մերժել իմ խնդրագիրը:
7. Ես պետք է տեղեկացնեմ DCS-ին, եթե փոխեմ իմ հասցեն:
8. Ես պետք է տեղեկացնեմ DCS-ին իմ երեխաների առողջապահական ապահովագրման հետ կապված ցանկացած փոփոխությունների մասին:
9. DCS-ն չի ներկայացնում ինձ կամ մյուս կողմին՝ երեխաների օգնության իմ հրամանի այս գործընթացում:
10. Եթե ես չներկայանամ և չմասնակցեմ նշանակված լսմանը, ապա ԱՕԴ-ն կարող է մերժել իմ խնդրագիրը:
11. Եթե իմ հրամանի մյուս կողմը չներկայանա կամ չմասնակցի նշանակված լսմանը, ապա ԱՕԴ-ն կարող է՝
  - ա. Բավարարել գործին վերաբերող DCS-ի կամ ներկայացած կողմի կողմից արված ցանկացած պահանջներն՝ առանց լրացուցիչ ծանուցման:
  - բ. Կարգադրել օգնության քանակ, որն ավելի բարձր է կամ ցածր է խնդրագրի մեջ առաջարկված քանակից:

**Ծանուցում երկու ծնողների համար**

ԱՕԴ-ն կարող է՝

- 1. Կարգադրել երկու ծնողներին երեխաների համար տրամադրել առողջապահական ապահովագրում, եթե ապահովագրումն առկա է հիմա կամ հասանելի կդառնա աշխատանքի կամ միության շնորհիվ, և առողջապահական ապահովագրման հավելավճարը չի անցնում ծնողի հիմնական օգնության պարտականության 25%-ը:
- 2. Կարգադրել երկու ծնողներին վճարել չապահովագրվող բժշկական ծախսերի համաչափ մասնաբաժինը, ներառյալ՝ համավճարները, պահումները և բժշկական ապահովագրման հավելավճարի համաչափ մասնաբաժնի մի մասը, որը չի հարկադրվում **Պարտք Եղած Օգնության Ծանուցման** ծառայության կողմից:
- 3. Կարգադրել, որ եթե ծնողը, որը հարկադրված է տրամադրել երեխաների համար առողջապահական ապահովագրում, չներկայացնի հասանելի ապահովագրման ապացույց, ապա DCS-ն կարող է անել հետևյալ քայլերից մեկը՝ ըստ նշված հերթականության՝
  - ա. Ծանուցում ուղարկել գործատուին կամ միությանը՝ պահանջելով գործատուից կամ միությունից անդամագրել երեխաներին առողջապահական ապահովագրման ծրագրին, ինչպես նկարագրված է RCW 26.18.170-ում:
  - բ. Ծանուցում ներկայացնել պարտավորված ծնողին՝ պահանջելով ծնողից վճարել իր ամսական հավելավճարի համաչափ մասնաբաժինը, որը վճարվում է երեխաների մյուս ծնողի կողմից, չանցնելով պարտավորված ծնողի՝ երեխաների օգնության հիմնական պարտականության 25%-ը:
- 4. Կարգադրել, որ եթե պարտավորված ծնողին չհաջողվի անդամագրել երեխաներին հասանելի առողջապահական ապահովագրման, կամ ապահովագրման, որը հասանելի է ծնողի գործատուի կամ միության շնորհիվ, DCS-ն կարող է հարկադրել պարտավորված ծնողի բժշկական օգնության պարտականությունը, ինչպես նշված է RCW 26.18.170-ում:

**Հայտարարություն**

Մուտ վկայության համար պատիժ կրելու սպառնալիքի ներքո և ըստ Վաշինգտոն նահանգի օրենքի՝ ես հայտարարում եմ, որ վերոհիշյալ տեղեկությունները ճիշտ են և ստույգ:

**Դուք պետք է ստորագրեք այս ձևը**

\_\_\_\_\_  
 ԱՄՄԱԹԻՎ

\_\_\_\_\_  
 ՓՈՍՏԱՐԿՂ ԿԱՄ ՀԱՍՑԵ

\_\_\_\_\_  
 ԻՄ ՔԱՂԱՔԸ                      ՆԱՀԱՆԳԸ                      ՓՈՍՏ. ԿՈՂԸ

\_\_\_\_\_  
 (                      ) | (                      )  
 ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍՈՍԱՀԱՄԱՐ                      ԲԶՋԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍՈՍԱՀԱՄԱՐ

\_\_\_\_\_  
 (                      ) | (                      )  
 ԱՇԽԱՏԱՆՔ. ՀԵՌ. ՀԱՄԱՐ                      ՀՆԱՆՈՒՄԿԱՐԳՈՒԹՅԱՆ ՀԵՌ. ՀԱՄԱՐ

\_\_\_\_\_  
 (                      )  
 ՖԱՔՍ

\_\_\_\_\_  
 ԻՆՁ ԶԱՆԳԱՀԱՐԵԼՈՒ ԱՄԵՆԱՀԱՐՄԱՐ ԺԱՄԵՐԸ

\_\_\_\_\_  
 ԼՄՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՒ ՆԱԽԸՆՏՐԵԼԻ ԹԻՎԸ

\_\_\_\_\_  
 ԻՄ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

\_\_\_\_\_  
 ԻՄ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ԿԱՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԱՆՈՒՆԸ

\_\_\_\_\_  
 ԻՄ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ԿԱՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՀԱՍՑԵՆ

\_\_\_\_\_  
 ԻՄ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ԿԱՄ ՆԵՐԿ-ՉԻ ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ, ՓՈՍՏ. ԿՈՂԸ

\_\_\_\_\_  
 (                      )  
 ԻՄ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ԿԱՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՀԵՌԱԽՈՍՈՍԱՀԱՄԱՐԸ

Այս ծրագրի աշխատանքի ընդունելության, ծառայությունների կամ այլ բնագավառների շրջանակներում խտրականություն չի դրվում անձի ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, հավատքի, կրոնի, սեռի, տարիքի կամ հաշմանդամության հիման վրա: Պահանջի դեպքում այս ձևը տրամադրվում է այլընտրանքային ֆորմատներով: