

ပြောင်းလဲပြင်ဆင်ခြင်းအတွက် အသနားခံလွှာ- အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ စီမံခန့်ခွဲခြင်း

Petition for Modification – Administrative Order

ကိုးကား-) အမှုတွဲ နံပါတ်-
ကလေးကို ခေါ်ယူထားခြင်းမရှိသည့် မိဘ)
)
)
ကလေးကို ခေါ်ယူထားသည့် မိဘ)

ညွှန်ကြားချက်များ

သင့်လက်မှတ်မှလွှဲ၍ ဖြေဆိုချက်များ အားလုံးကို ပုံနှိပ်စာထုတ်ပါ။ မင်အပြာ သို့မဟုတ် မင်အနက် ကိုအသုံးပြုပါ။

WAC 388-14A-3925 သည် သင့်ထံမှ အောက်ပါအချက်များကို လိုအပ်သည်။

1. အဆိုတင်သွင်းထားသည့် (အသစ်) ကလေးထောက်ပံ့မှု ပမာဏကို ရေးသွင်းပါ။
2. ပြောင်းလဲပြင်ဆင်ရန် တောင်းဆိုခြင်းရသည့် အကြောင်းပြချက်ကို ဖော်ပြပါ။
3. ပုံစံတွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။

သင်သည် ထိုပုံစံ၏ စာမျက်နှာ ၂ တွင်ဖော်ပြထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို ဖြည့်စွက်ရေးသားပြီး DCS သို့ပြန်ပို့ရမည်။

မှတ်ချက်- သင်သည် ထိုပုံစံတွင် လိုအပ်သည့်အကြောင်းအရာအားလုံးကို ဖြည့်စွက်ရေးသားထားခြင်းမရှိပါက၊ အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ဥပဒေ တရားစီရင်ခြင်း (ALJ)သည် ထိုအသနားခံလွှာကို ပယ်ဖျက်မည်။

အသနားခံလွှာ

ကျွန်ုပ်၊ _____ သည်၊ အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ကြားနာမှုများ ရုံးကို ကလေးထောက်ပံ့မှုဌာနသို့ ညွှန်ကြားရန် နှင့် အထက်တွင်ဖော်ပြ ထားသည့် အမည်ပါ အဖွဲ့များသည် လာရောက်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ကလေးထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်သည် အဘယ့်ကြောင့် ပြောင်းလဲပြင်ဆင်ခွင့် မရှိကြောင်းကို ဖော်ပြရန် တောင်းဆိုသည်။ ကျွန်ုပ်၏ အုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ ကလေးထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်သည် _____ တွင်ရေးသွင်းသည်။

ထိုအမှုတွဲအတွက် ကလေးထောက်ပံ့မှုပမာဏသည် တစ်လလျှင် ဒေါ်လာ \$ _____ ဖြစ်သည်ဟု ကျွန်ုပ်ယူဆသည်။

အောက်ပါ အကြောင်းအရာများကြောင့် လက်ရှိထောက်ပံ့နေသည့် ပမာဏကို ပြောင်းလဲပြင်ဆင်သင့်သည်ဟု ကျွန်ုပ်ယူဆသည်။

ထပ်မံဖြည့်စွက်ထားသော လိုအပ်ချက်များနှင့် သင့်လက်မှတ် အပိုင်းအတွက် စာမျက်နှာ ၂ နှင့် ၃ ကို ကြည့်ပါ။

ကတိဝန်ခံချက်များ

အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

1. ဤအသနားခံလွှာသည် RCW 74.20A.059 တွင်ပါဝင်သည့် အမိန့်အရ ပြောင်းလဲပြင်ဆင်ခြင်းအတွက် စံနှုန်းများနှင့် မကိုက်ညီလျှင် DCS မှ ဆန့်ကျင်လိမ့်မည်။
2. ကျွန်ုပ်၏ အမိန့်တွင် ထိုထောက်ပံ့ခြင်းများ ယခု မပါဝင်လျှင်၊ DCS သည် ALJ သို့ ကျွန်ုပ်၏အမိန့်တွင် လိုအပ်သည့် ထောက်ပံ့ခြင်းများ ထည့်သွင်းနိုင်ရန်အတွက် အစီရင်ခံစာလိုအပ်ပါက မိဘတစ်ယောက်ချင်းစီမှ ကလေးများအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီရင်ခံစာ ကိုဖြည့်ဆည်းပေးရန် တောင်းဆိုလိမ့်မည်။ ထိုသို့မဟုတ်လျှင် အလုပ်သို့မဟုတ် အသင်း မှတစ်ဆင့် မိဘ၏ အခြေခံထောက်ပံ့မှုတာဝန် 25%ထက်မကျော်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကြေးတို့ကို ရရှိလာရန် တောင်းဆိုလိမ့်မည်။ DCS မှ ကလေးများသည် အိန္ဒိယ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင့်တော်လျှင် ထိုလိုအပ်ချက်အား လက်ခံနိုင်ကြောင်းကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသည်။ တာဝန်ရှိသောမိဘသည် ကလေးများအတွက် အသုံးဝင်သည့် အစီရင်ခံစာ၏ အထောက်အထားကို DCS သို့ ပြုမည်ဖြစ်ပြီး အခြားမိဘသည် ကလေးထောက်ပံ့မှုအမိန့် နောက်ဆုံးနေ့မှစ၍ရက် ၂၀ အတွင်း ရေးသွင်းရမည်။ တာဝန်ရှိမိဘမှ အစီရင်ခံစာအတွက် အထောက်အထားမပြနိုင်လျှင်၊ တာဝန်ရှိမိဘသည် အရေးကြီးမှု အစီအစဉ်အရ အောက်ပါအချက်များမှ အချက်တစ်ချက်ကို လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြင့် ကျန်းမာရေးအာမခံချက်ကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည်တာဝန်ကို လက်ခံရန်လိုအပ်လိမ့်မည်။

- က။ တာဝန်ရှိမိဘ၏ ကလေးအတွက်အခြေခံထောက်ပံ့မှုတာဝန် 25%ထက်မကျော်သည့် စရိတ်အား တာဝန်ရှိမိဘ၏အလုပ် သို့မဟုတ် အသင်းမှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီရင်ခံစာကို ဖြည့်ဆည်းပေးခြင်း သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းပေးခြင်း။
- ခ။ ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်တွင် နာမည်ပေးထားသည့် ကလေးများအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီရင်ခံစာ၏ လစဉ်ကြေးအတွက်တာဝန်ရှိမိဘ၏ အချိုးကျစေရအား အခြားမိဘမှ ပေးချေပေးခြင်းဖြင့် ပါဝင်အကူအညီပေးခြင်း။ တာဝန်ရှိမိဘ၏ ကလေးအတွက်အခြေခံထောက်ပံ့မှုတာဝန် 25% ရာခိုင်နှုန်းထက်မကျော်ရပါ။

3. ကျွန်ုပ်သည် ကလေးထောက်ပံ့မှု၏ တိကျသောပမာဏကို မေးမြန်းခြင်း၊ ပြောင်းလဲပြင်ဆင်မှု တောင်းဆိုခြင်းအတွက် အကြောင်းပြချက်ကို ဖြည့်ဆည်းပေးခြင်းရန် ဤပုံစံတွင် လက်မှတ်ရေထိုးရမည်။ ကျွန်ုပ်သည် မလုပ်ဆောင်လျှင် DCS သည် ကျွန်ုပ်၏ အသနားခံလွှာကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်မည်မဟုတ်ပါ။

4. ကျွန်ုပ်သည် DCS နှင့်အတူ အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဖိုင်တွဲရမည်။

- က။ ဤအသနားခံလွှာ အပြည့်အစုံ။
- ခ။ **ပါရှင်တန်ပြည်နယ် ကလေး ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ်** လုပ်ဆောင်ချက်စာရွက်များ အပြည့်အစုံ။
- ဂ။ ကျွန်ုပ်သည် ကလေး၏မိဘဖြစ်လျှင်၊ ဝင်ငွေအထောက်အထားပြပါ။ (ပေးပြီး အကြွေးကျန်များ၊ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်သူမှ တစ်နှစ်စာဝင်ငွေ အချက်အလက် ဖြည့်စွက်ပုံစံ၊ စသည်ဖြင့်.....)

5. ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါလိပ်စာသို့ စာဖြင့်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အမှုတွဲကို လုပ်ဆောင်နေသည့် DCS ရုံးသို့လူကိုယ်တိုင် ပို့ဆောင်ရမည်။

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

6. ကျွန်ုပ်သည် DCS သို့ အထက်ပါ အချက်အလက်များကို မပေးအပ်ပါက ALJ သည် အသနားခံလွှာကို ပယ်ဖျက်လိမ့်မည်။
7. ကျွန်ုပ်လိပ်စာပြောင်းပါက ကျွန်ုပ်သည် DCS ကိုအကြောင်းကြားရမည်။
8. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအတွက် ကျန်းမာရေးအာမခံချက် အစီရင်ခံစာတွင် တစ်စုံတစ်ရာပြောင်းလဲပါက DCS ကိုပြောရမည်။
9. DCS သည် ဤလုပ်ဆောင်မှု အစီအစဉ်တွင်ကျွန်ုပ်သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေးထောက်ပံ့မှုအတွက် အခြားလုပ်ဆောင်သူအဖြစ်ကိုယ်စားမပြုပါ။
10. ကျွန်ုပ်သည် စီစဉ်ထားသည့်ကြားနာမှုတွင် မတက်ရောက် မပါဝင်ပါက၊ ALJ သည် အသနားခံလွှာကို ပယ်ဖျက်လိမ့်မည်။
11. စီစဉ်ထားသည့်ကြားနာမှုတွင် ကျွန်ုပ်၏ တောင်းဆိုမှုအတွက် အခြားအဖွဲ့မှ တက်ရောက် ပါဝင်ခြင်းမရှိပါက၊ ALJ သည်-
 - က။ DCS သို့မဟုတ် လာရောက်သည့်အဖွဲ့မှ အမှုတွဲအတွက်ပြုလုပ်သည့် မည်သည့် တောင်းဆိုမှုများကိုမဆို နောက်ထပ် ဆင့်ခေါ်စာ မရှိ စွင့်ပြုသည်။
 - ခ။ ထိုအသနားခံလွှာတွင် တင်သွင်းထားသည့် ပမာဏထက် နည်းသည်ဖြစ်စေ များသည်ဖြစ်စေ ထောက်ပံ့ပေးသည်၊ ပမာဏကို ချမှတ်သည်။

နှစ်ဖက်မိဘများသို့ အကြောင်းကြားစာ

ALJ သည်-

1. နှစ်ဖက်မိဘများမှ ကျန်းမာရေးအာမခံ အစီရင်ခံစာ သည် ကလေးများအတွက် ယခုလိုအပ်လျှင် ဖြည့်ဆည်းပေးရန် သို့မဟုတ် အလုပ်မှဖြစ်စေ အသင်းမှဖြစ်စေတစ်ဆင့် မိဘ၏ အခြေခံ ကလေး ထောက်ပံ့မှုတာဝန်များမှ 25% ရာခိုင်နှုန်းထက် မကျော်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကြေးတို့ကို ရရှိလာစေရန် ချမှတ်သည်။
2. နှစ်ဖက်မိဘများမှ အာမခံမရှိသည့် ဆေးကုသကုန်ကျစရိတ်များကို ဝေပေးအမျိုးကျ ပေးဆောင်ရန် ချမှတ်သည်။ အတူတကွပေးချေမှုများ၊ နှုတ်ယူမှုများ၊ နှင့် ပိုင်ဆိုင်မှု အထောက်အထားပြကြေငြာချက်၏ ဝန်ဆောင်မှုများတစ်ဆင့် မပါဝင်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံကြေးအတွက် **အချိုးကျဝေပေးမှု မည်သည့်အပိုင်းမဆို အပါအဝင်ဖြစ်သည်။**
3. ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအစီရင်ခံစာအတွက် ချမှတ်ထားခြင်းခံရသည့် မိဘမှ အသုံးဝင်သည် အစီရင်ခံစာအထောက်အထားကို မပြနိုင်လျှင်၊ DCS သည် အရေးကြီးမှု အစီအစဉ်အရ အောက်ပါအချက်များမှ အချက်တစ်ချက်ကို လုပ်ဆောင်လိမ့်မည်။
 က။ အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အသင်းထံ RCW 26.18.170 တွင် ဖော်ပြထားသကဲ့သို့ ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် ကလေး၏အမည်ရေးသွင်းရန် လိုအပ်သည့် အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် အသင်းသို့ ကြေငြာချက်ကို ပို့လိမ့်မည်။
 ခ။ တာဝန်ရှိမိဘ အပေါ်တွင် အခြားမိဘမှ ပေးချေထားသည့် ကလေးအတွက် လစဉ်ကြေးအတွက် မိဘမှလိုအပ်သည့် သူ/သူမ၏ အချိုးကျဝေပေးမှု ကြေငြာချက်ကို ဖြည့်ဆည်းပေးသည်။ တာဝန်ရှိမိဘ၏ ကလေးအတွက်အခြေခံထောက်ပံ့မှုတာဝန် 25% ရာခိုင်နှုန်းကိုမကျော်ရပါ။
4. တာဝန်ရှိမိဘသည် လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံအစီရင်ခံစာတွင် ကလေး၏အမည်ကို မရေးသွင်းခဲ့လျှင်၊ သို့မဟုတ် မိဘ၏ အလုပ်ရှင်မှဖြစ်စေ အသင်းမှဖြစ်စေ အစီရင်ခံစာကို ရရှိရန် ချမှတ်သည်။ DCS သည် RCW 26.18.170 တွင်ဖော်ပြထားချက်အရ တာဝန်ရှိမိဘ၏ ဆေးကုသထောက်ပံ့မှုတာဝန်ကို အတည်ပြုလိမ့်မည်။

တရားဝင်ကြေငြာချက်

ကျွန်ုပ်သည် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်၏ ဥပဒေများအရ လိမ်ညာသက်သေခံခြင်း၏ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် ဖော်ပြပါအချက်အလက်များသည် ဖြောင့်မတ်မှန်ကန်ကြောင်းကို တရားဝင်ကြေငြာသည်။

ဤပုံစံကို သင်လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်

နေ့စွဲ _____

ကျွန်ုပ်လက်မှတ် _____

P.O. BOX သို့မဟုတ် လိပ်စာ _____

ကျွန်ုပ်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ် အမည် _____

ကျွန်ုပ်မြို့ _____ မြို့နယ် _____ ZIP ကုဒ် _____

ကျွန်ုပ်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ် လိပ်စာ _____

() | () _____

ကျွန်ုပ်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ် မြို့၊ မြို့နယ်၊ ZIP ကုဒ် _____

နေအိမ်တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____ ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ် _____

ကျွန်ုပ်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ် မြို့၊ မြို့နယ်၊ ZIP ကုဒ် _____

() | () _____

() _____

အလုပ်တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____ သတင်းပို့ချက်တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____

ကျွန်ုပ်ရှေ့နေ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ် တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____

() _____

ဖက်စ် နံပါတ် _____

ကျွန်ုပ်ကိုခေါ်ဆိုရန် အကောင်းဆုံးအချိန် _____

ကြားနာခြင်းအတွက် အသုံးပြုရန်ကျွန်ုပ်ပိုနှစ်သက်သည်နံပါတ် _____

လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ နိုင်ငံသား၊ အယူဝါဒ၊ ဘာသာတရား၊ လိင်၊ အသက် သို့မဟုတ် ကိုယ်အင်္ဂါချို့ယွင်းမှုကြောင့် မည်သူ့ကိုမှ အလုပ်ခန့်ခြင်း၊ ဝန်ဆောင်မှု များ၊ သို့မဟုတ် အစီအစဉ် လှုပ်ရှားမှုတွင် ပါဝင်ရန် ခွဲခြားမှု မပြုရပါ။ တောင်းဆိုမှုပေါ်မူတည်ပြီး ဤပုံစံစာရွက်သည် အခြားပုံစံဖြင့် ရရှိနိုင်သည်။