

პეტიცია მოდიფიკაციისთვის-ადმინისტრაციული ბრძანება
Petition for Modification – Administrative Order

საგანი:) საქმის ნომერი:
არამეურვე მშობელი)
)
)
მეურვე მშობელი)

ინსტრუქციები

გარდა თქვენი ხელმოწერისა, ყველა პასუხი ამობეჭდეთ. გამოიყენე ლურჯი ან შავი მელანი
WAC 388-14A-3925 მოითხოვს, რომ:

1. შეიყვანეთ შეთანაზებული (ახალი) ბავშვის ალიმენტის თანხა..
2. დაასახელეთ თქვენი მოდიფიკაციის მოთხოვნის მიზეზი..
3. ხელი მოაწერეთ ფორმას..

თქვენ უნდა შეავსოთ და დაუბრუნოთ ალიმენტის განყოფილებას ამ ფორმის მე-2 გვერდზე ჩამოთვლილი
დოკუმენტები

შენიშვნა: თუ თქვენ არ დაასრულებთ ყველა მოთხოვნილ ქმედებას ამ ფორმაში, ადმინისტრაციული სამართლის
სასამართლომ(ALJ) შეიძლება არ მიიღოს ეს პეტიცია.

პეტიცია

მე, _____, ვთხოვ ადმინისტრაციული მოსმენების ოფისს, რომ
ალიმენტების განყოფილებას და ზემოთმოხსენიებულ მხარეების უბრძანოს გამოჩვენდნ და აჩვენონ ჩემი სამეურვეო
ბავშვის ალიმენტის ბრძანება რატომ არ არის მოდიფიცირებული. ჩემი სამეურვეო ბავშვის ალიმენტის ბრძანება
შეტანილია _____.

მე მჯერა რომ ამჟამინდელი ალიმენტის თანხა ამ შემთხვევაში იქნება \$_____ თვეში.

მე მჯერა რომ ამჟამინდელი ალიმენტის თანხა მოდიფიცირებული იქნება, იმიტომ რომ:

იხილეთ გვერდები 2 და 3 დამატებითი მოთხოვნებისთვის და თქვენი ხელმოწერის ნაწილისთვის.

ადიარება

მე მესმის, რომ:

1. ალიმენტის განყოფილება უარს იტყვის ამ პეტიციაზე, თუ ის არ აკმაყოფილებს მოდიფიკაციის ბრძანების კრიტერიუმებს, შესული RCW 74.20A.059-ში.
2. ადმინისტრაციული კანონის მოსამართლეს შეიტანოს დებულებები ჩემს ბრძანებაში, რომელიც თითოეულ მშობელსა და მშობლისა და მშობლის დაზღვევის დაფარვის უზრუნველყოფას მოსთხოვს ბავშვებისთვის, თუ დაფარვა არის ეხლა ან ხელმისაწვდომი გახდება დასაქმებისან კავშირის მეშვეობით და ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემია მშობლის ძირითადი მხარდაჭერის ვალდებულების 25 პროცენტს არ უნდა აღემატებოდეს. ალიმენტის განყოფილება ამ მოთხოვნებს დამაკმაყოფილებლად მიიჩნევს, თუ ბავშვებს ინდური ჯანდაცვის მომსახურების უფლება აქვთ. ალიმენტის განყოფილებამ შეიძლება გაამკაცროს ეს ვალდებულება გარკვეულ გარემოებებში. ვალდებულების მქონე მშობელმა ალიმენტის განყოფილებას უნდა წარუდგინოს ბავშვების ხელმისაწვდომი დაფარვის მტკიცებულება და მეორე მშობელმა კი-ბავშვის ბოლო ალიმენტის ბრძანების შეტანიდან 20 დღის ვადაში. თუ ვალდებულების მქონე მშობელი არ წარაგენს დაფარვის მტკიცებულებას, მაშინ ვალდებულების მქონე მშობელს შეიძლება მოსთხოვონ, რათა ჯანმრთელობის დაზღვევის წარდგენის ვალდებულება დააკმაყოფილოს ერთ-ერთი შემდეგის შესრულებით, პრიორიტეტის მოთხოვნაში:
 - a. ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვის უზრუნველყოფა ან შენარჩუნება ვალდებულის მქონე მშობლის დასაქმების ან კავშირის მეშვეობით იმ ღირებულებით, რომელიც ვალდებულის მქონე მშობლის ბავშვის ალიმენტის ძირითადი ვალდებულების 25 პროცენტს არ უნდა აღემატებოდეს.
 - b. ვალდებულის მქონე მშობლის ყოველთვიური პრემიის პროპორციული წილის შენატანი გადახდილი მეორე მშობლის მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის დასაფარავად ბავშვებისთვის, რომლებიც მოხსენიებულნი არიან ალიმენტის ბრძანებაში, ვალდებულის მქონე მშობლის ბავშვის ალიმენტის ძირითადი ვალდებულების 25 პროცენტს არ უნდა აღემატებოდეს.
3. მე უნდა მოვითხოვო კონკრეტული თანხა ბავშვის ალიმენტისთვის, მოდიფიკაციის თხოვნის მიზეზის წარდგენით, და ამ ფორმას ხელი მოვაწერო. თუ მე ასე არ მოვიქცევი, ალიმენტის განყოფილება არ განიხილავს ჩემს პეტიციას.
4. მე უნდა წარუდგინო ალიმენტის განყოფილებას შემდეგი დოკუმენტები.
 - a. ეს დასრულებული პეტიციაა.
 - b. შევსებული **ვაშინგტონის შტატის ბავშვის ალიმენტის გრაფიკის** ანკეტა.
 - c. **თუ მე ბავშვის მშობელი ვარ**, შემოსავალი უნდა დავამტკიცო (ხელფასის ქვითარი, სახადასახადო დეკლარაცია და ა.შ.)
5. მე უნდა გადავაგზავნო ზემოთმოხსენიებული დოკუმენტები შემდეგ მისამართზე ან პირადად გაუგზავნო ის ალიმენტის განყოფილების ოფისს, რომელსაც ჩემი საქმე აქვს.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. თუ არ წარუდგენ ზემოთხსენებულ დოკუმენტებს ალიმენტის განყოფილებას, ადმინისტრაციული საქმეების მოსამართლემ შეიძლება უარი თქვას ჩემს პეტიციაზე.
7. მე უნდა მოვახსენო ალიმენტის განყოფილებას ჩემი მისამართის ცვლილების შემთხვევაში.
8. მე უნდა მოვახსენო ალიმენტის განყოფილებას ცვლილებების შესახებ ჩემს ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვაში ჩემი შვილებისთვის.
9. ალიმენტის განყოფილება ან სხვა მხარე არ წარმომადგენს მე ჩემი შვილის ალიმენტის ბრძანების ამ სარჩელში.
10. თუ მე არ დავესწრები და მონაწილეობას არ მივიღებ დაგეგმილ მოსმენაში, ადმინისტრაციული სამართლის სასამართლო უარს იტყვის ჩემს პეტიციაზე.
11. თუ ჩემი ბრძანების მეორე მხარე არ დაესწრება და მონაწილეობას არ მიიღებს დაგეგმილ მოსმენაში, ადმინისტრაციული საქმეების მოსამართლეს შეუძლია:
 - a. წარადგინეთ საქმის ნებისმიერი მოთხოვნა წამოყენებული ალიმენტის განყოფილების ან გამოჩენილი მხარის მიერ შემდგომი შეტყობინების გარეშე.
 - b. Ordდანიშნეთ ალიმენტის თანხა, რომელიც ამ პეტიციაში შეთავაზებულ თანხაზე უფრო მეტი ან უფრო ცოტაა

შეტყობინება ორივე მშობლისთვის

ასს-ს შეუძლია:

1. მოსთხოვთ ორივე მშობელს ჯანმრთელობის დაზღვევის უზრუნველყოფა ბავშვებისთვის, თუ დაფარვა ეხლა არის ან ხელმისაწვდომი გახდება დასაქმების ან კავშირის მეშვეობით და ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემია მშობლის ბავშვის ალიმენტის ძირითადი ვალდებულებების 25 პროცენტს არ აღემატება.
2. მოსთხოვთ ორივე მშობელს გადაიხადოს დაუზღვეველი სამედიცინო ხარჯების პროპორციული წილი, მათ შორის ერთობლივი გადახდები, ფრანშიზები, და სამედიცინო დაზღვევის პრემიის პროპორციული წილის ნებისმიერი ნაწილი, რომელიც არ აღსრულდება სათანადო **მზარდაჭერის ცნობის მომსახურების მეშვეობით**.
3. მოითხოვთ, რომ თუ მშობელი, რომელსაც დაევა ბავშვებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვის წარდგენა, ხელმისაწვდომის დაფარვის მტკიცებულებას არ წარადგენს, ალიმენტის განყოფილებამ შეიძლება ერთ-ერთი შემდეგი შეასრულოს, ჩამოთვლილი პრიორიტეტის მოთხოვნაში:
 - a. გაუგზავნეთ შეტყობინება დამსაქმებელს ან კავშირს, რომელიც დამსაქმებელს ან კავშირს ბავშვების ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმაში ჩართვას მოსთხოვს, როგორც ეს აღწერილია RCW 28.18.170-ში.
 - b. გაუგზავნეთ შეტყობინება ვალდებულების მქონე მშობელს, რომელიც მშობელს მოსთხოვს თავისი ყოველთვიური მეორე მშობლის მიერ ბავშვებისთვის გადახდილი პრემიის პროპორციული წილის გადახდას, რომელიც ვალდებულების მქონე მშობლის ბავშვის ალიმენტის ძირითადი ვალდებულების 25 პროცენტს არ უნდა აღემატებოდეს.
4. მოითხოვთ რომ, თუ ვალდებულის მქონე მშობელი ვერ ჩართავს ბავშვებს ხელმისაწვდომ ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვაში, ან დაფარვაში, რომელიც შესაძლებელია მშობლის დამსაქმებლის ან კავშირის მიერ, ალიმენტის განყოფილებას შეუძლია ადასრულოს ვალდებულის მქონე მშობლის სამედიცინო დახმარების ვალდებულება, როგორც ეს გათვალისწინებულია RCW 26.18.170-ში.

დეკლარაცია

ვაცხადებ, ვაშინგტონის შტატის ცრუმოწმეობის ჯარიმის შესახებ კანონის შესაბამისად, რომ აღნიშნული არის სიმართლე და სწორია.

თქვენ უნდა მოაწეროთ ხელი ამ ფორმას.

თარიღი

ჩემი ხელმოწერა

საფოსტო ფუთის ან ქუჩის მისამართი

ჩემი რწმუნებულის ან წარმომადგენლის სახელი

ჩემი ქალაქი შტატი საფოსტო ინდექსი.

ჩემი რწმუნებულის ან წარმომადგენლის მისამართი

() | ()
სახლის ტელეფონის ნომერი | მობილური ტელეფონის ნომერი

ჩემი რწმუნებულის ან წარმომადგენლის ქალაქი, შტატი, საფოსტო ინდექსი

() | ()
სამუშაოს ტელეფონის ნომერი | მესიჯების ტელეფონის ნომერი

()
ჩემი რწმუნებულის ან წარმომადგენლის ტელეფონის ნომერი

()
ფაქსის ნომერი

დარეკვისთვის საუკეთესო დრო

ნომერი რომელსაც ვიყენებ მოსმენისთვის

არცერთი პირი, მისი რასის, ფერის, ეროვნების, სარწმუნოების, რელიგიის, სქესის, ასაკის, ან შრომისუუნარობის გამო არ განიცდის დისკრიმინაციას დასაქმებაში, მომსახურებაში, ან პროგრამის საქმიანობის რომელიმე ასპექტში. წინამდებარე ფორმა ხელმისაწვდომია ალტერნატიულ ფორმატებში, მოთხოვნისამებრ.