

التماس تعديل - أمر إداري

Petition for Modification – Administrative Order

المرجع: (رقم الحالة:
(الوالد غير الوصي
(
(
(
(الوالد الوصي

الإرشادات

باستثناء توقيعك، قم بطباعة جميع الردود. استخدم الحبر الأزرق أو الأسود فقط. WAC 388-14A-3925 تطلب منك الآتي:

1. إدخال مبلغ الدعم (الجديد) المقترح للطفل.
2. وضح سبب طلبك للحصول على التعديل.
3. قم بالتوقيع على النموذج.

يجب عليك أن تقوم بإكمال المستندات المذكورة في الصفحة 2 من هذا النموذج وإعادتها إلى شعبة دعم الطفل (DCS).
ملاحظة: إذا لم تقم بإكمال كافة الإجراءات المطلوبة في هذا النموذج، فقد يرفض قاضي القانون الإداري (ALJ) هذا الالتماس.

التماس

أنا، _____، اطلب من مكتب جلسات السماع الإدارية توجيه شعبة دعم الطفل (DCS) والأطراف المذكورة أعلاه لتظهر وتبين لماذا لا ينبغي أن يتم تعديل الأمر الإداري لدعم الطفل الخاص بي. وقد تم قبول الأمر الإداري لدعم الطفل الخاص بي بتاريخ _____.

أعتقد أن المبلغ الحالي لدعم الطفل لهذه الحالة ينبغي أن يكون \$ _____ دولار شهرياً.

أعتقد أن المبلغ الحالي لدعم الطفل ينبغي أن يتم تعديله للأسباب التالية:

راجع الصفحتين 2 و 3 للاطلاع على متطلبات إضافية والقسم الخاص بتوقيعك.

إقرارات

أنا أدرك أن:

1. شعبة دعم الطفل ستعارض هذا الالتماس إذا كان لا يستوفي المعايير الخاصة بتعديل الأوامر الواردة في RCW 74.20A.059.
2. إذا كان الأمر الخاص بي لا يحتوي حالياً على هذه الأحكام، فإن شعبة دعم الطفل ستطلب من قاضي القانون الإداري تضمين أحكام في الأمر الخاص بي تطلب من كلا الوالدين توفير تغطية التأمين الصحي للطفل (الأطفال) إذا كانت التغطية التأمينية متوافرة أو أصبحت متوافرة الآن من خلال جهة التوظيف أو الاتحاد ولا تتجاوز أقساط التأمين الصحي 25 في المائة من التزام الدعم الأساسي للوالدين. تعتبر شعبة دعم الطفل هذا الشرط مستوفياً إذا كان الطفل (الأطفال) مؤهلين للحصول على خدمات الصحة الهندية. وقد تفرض شعبة دعم الطفل هذا الالتزام في ظل ظروف معينة. يجب على الوالد الملتزم تقديم دليل على التغطية التي يمكن الوصول إليها للطفل (الأطفال) إلى شعبة دعم الطفل والوالد الآخر في غضون 20 يوماً من تاريخ قبول الأمر النهائي لدعم الطفل. وإذا لم يقدم الوالد الملتزم دليل التغطية، فإنه قد يكون مطلوباً منه الوفاء بالالتزام بتوفير التأمين الصحي عن طريق القيام بأحد الإجراءات التالية، المرتبة حسب الأولوية:
 - أ. توفير أو الحفاظ على تغطية التأمين الصحي من خلال جهة توظيف الوالد الملتزم أو الاتحاد بتكلفة لا تتجاوز 25 في المائة من التزام دعم الطفل الأساسي للوالد الملتزم.
 - ب. المساهمة بحصة الوالد الملتزم المتناسبة من القسط الشهري الذي يدفعه الوالد الآخر لتغطية التأمين الصحي للطفل (الأطفال) الذين وردت أسمائهم في أمر الدعم، بحيث لا يتجاوز ذلك 25 في المائة من التزام دعم الطفل الأساسي للوالد الملتزم.
3. يتعين عليّ أن أطلب مبلغاً محدداً لدعم الطفل، وتقديم سبب طلب التعديل، والتوقيع على هذا النموذج. وأنه إذا لم أفعل ذلك، فإن شعبة دعم الطفل لا يمكنهما معالجة الالتماس الخاص بي.
4. أنه يتعين عليّ أن أقدم إلى شعبة دعم الطفل الوثائق التالية.
 - أ. هذا الالتماس مكتملاً.
 - ب. أوراق العمل الخاصة بجدول ولاية واشنطن لدعم الطفل مكتملة.
 - ج. إذا كنت أحد والدي الطفل (الأطفال)، إثبات الدخل (قسائم الدفع وعوائد الضرائب، الخ).
5. أنه يتعين عليّ أن أرسل بالبريد الوثائق المذكورة أعلاه إلى العنوان التالي أو تسليمها شخصياً إلى مكتب شعبة دعم الطفل الذي يعالج حالتي.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. إذا لم أقدم الوثائق المذكورة أعلاه إلى شعبة دعم الطفل، فقد يرفض قاضي القانون الإداري هذا الالتماس.
7. يجب عليّ أن أخبر شعبة دعم الطفل إذا قمت بتغيير عنواني.
8. يجب عليّ أن أخبر شعبة دعم الطفل بأي تغييرات في تغطية التأمين الصحي لطفلي (أطفالي).
9. أن شعبة دعم الطفل لا تمثلني أو الطرف الآخر في أمر دعم الطفل الخاص بي في هذا الإجراء.
10. إذا لم أحضر وأشارك في جلسة السماع المحددة، يمكن لقاضي القانون الإداري رفض التماسي.
11. إذا لم يحضر أو يشارك الطرف الآخر في الأمر الخاص بي في جلسة السماع المحددة، يجوز لقاضي القانون الإداري الآتي:
 - أ. منح أي طلبات مقدمة من شعبة دعم الطفل أو طرف الحالة الذي يظهر في الجلسة دون إشعار آخر .
 - ب. إصدار أمر بمبلغ دعم أعلى أو أقل من المبلغ المقترح في هذا الالتماس.

إشعار إلى كلا الوالدين

يجوز لقاضي القانون الإداري الآتي:

1. أن يأمر كلا الوالدين بتوفير التأمين الصحي للطفل (الأطفال) إذا كانت التغطية التأمينية متوافرة أو أصبحت متوافرة الآن من خلال جهة التوظيف أو الاتحاد ولا تتجاوز أقساط التأمين الصحي 25 في المائة من التزام الدعم الأساسي للوالدين.
2. أن يأمر كلا الوالدين بدفع حصة تناسبية من النفقات الطبية غير المؤمن عليها، بما في ذلك الدفع الذاتي، الخصومات، وأي جزء من الحصة المتناسبة من قسط التأمين الطبي لم يتم تطبيقها من خلال خدمة إشعار الدعم المستحق.
3. أن يأمر بأنه إذا كان الوالد الذي صدر أمر له بتوفير تغطية التأمين الصحي للطفل (الأطفال) لم يقدم دليلاً على تغطية يمكن الوصول إليها، فإنه يجوز لشعبة دعم الطفل أن تقوم بأحد الإجراءات التالية، المرتبة حسب الأولوية:
 - أ. إرسال إشعار لصاحب العمل أو الاتحاد يتضمن مطالبة صاحب العمل أو الاتحاد بتسجيل الطفل (الأطفال) في خطة التأمين الصحي كما هو موضح في RCW 28.18.170.
 - ب. تقديم إشعار إلى الوالد الملتزم يتضمن مطالبة الوالد بدفع حصته/ حصتها المتناسبة من القسط الشهري الذي يدفعه الوالد الآخر للطفل (الأطفال)، بحيث لا يتجاوز 25 في المائة من التزام دعم الطفل الأساسي للوالد الملتزم؛ أو
 4. أن يأمر أنه إذا فشل الوالد الملتزم في تسجيل الطفل (الأطفال) في تغطية التأمين الصحي التي يمكن الوصول إليها، أو التغطية المتاحة من خلال صاحب عمل الوالد أو الاتحاد، فإنه يجوز لشعبة دعم الطفل أن تفرض التزام الدعم الطبي على الوالد الملتزم على النحو المنصوص عليه في RCW 26.18.170.

إعلان

أعلن، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين وفقاً لقوانين ولاية واشنطن، أن ما تقدم صحيح ودقيق.

يجب عليك توقيع هذا النموذج

| | |
|--------------------------------------|---|
| التاريخ | توقيعي |
| رقم صندوق البريد أو عنوان الشارع | اسم المحامي أو الممثل الخاص بي |
| مدينة | عنوان المحامي أو الممثل الخاص بي |
| الولاية | الولاية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي للمحامي أو الممثل الخاص بي |
| الرمز البريدي | رقم الهاتف الخليوي |
| () | () |
| رقم هاتف المنزل | رقم هاتف العمل |
| () | () |
| رقم هاتف الرسائل | رقم هاتف المحامي أو الممثل الخاص بي |
| () | () |
| رقم الفاكس | |
| () | |
| أفضل ساعات للاتصال بي | |
| الرقم الذي فضل استخدامه لجلسة السماع | |

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة أو الدين أو الجنس أو السن أو الإعاقة، في التوظيف، والخدمات، أو أي جانب من أنشطة البرنامج. هذا النموذج متوفر في أشكال بديلة عند الطلب.