

**คำร้องขอแก้ไขข้อมูล – คำสั่งดำเนินการ**  
**Petition for Modification – Administrative Order**

อ้างถึง: ) เลขเคส:  
 )  
 พ่อแม่ที่ไม่มีสิทธิปกครองบุตร )  
 )  
 )  
 )  
 พ่อแม่ที่มีสิทธิปกครองบุตร )

**คำแนะนำ**

กรุณาเขียนด้วยบรรทัดทั้งหมด ยกเว้นลายเซ็น ใช้หมึกสีน้ำเงินหรือสีดำเท่านั้น

WAC 388-14A-3925 กำหนดให้คุณ:

1. ระบุดุลภาระบุตรที่เสนอ (ใหม่)
2. ระบุสาเหตุที่แจ้งขอให้มีการเปลี่ยนแปลง
3. ลงชื่อในแบบฟอร์ม

กรุณากรอกและส่งคืนเอกสารในหน้า 2 ของแบบฟอร์มนี้ให้แก่ DCS

หมายเหตุ: หากคุณไม่ดำเนินการตามที่กำหนดในแบบฟอร์มนี้ ศาลผู้บังคับคดี (ALJ) อาจเพิกถอนคำร้องนี้

**คำร้อง**

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ต้องการแจ้งขอให้สำนักงานได้สวนเพื่อบังคับคดีแจ้งให้  
 แผนกดูแลเด็ก (DCS) และบุคคลตามชื่อที่ระบุข้างต้นมาปรากฏตัวและชี้แจงสาเหตุที่ต้องมีการแก้ไขค่าอุปการะบุตรของข้าพเจ้า  
 คำสั่งอุปการะบุตรของข้าพเจ้ามีผลตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าเชื่อว่าค่าอุปการะบุตรในปัจจุบันสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ควรอยู่ที่ \$ \_\_\_\_\_ ต่อเดือน

ข้าพเจ้าเชื่อว่ายอดอุปการะในปัจจุบันควรมีการปรับแก้เนื่องจาก:

---



---



---



---



---



---



---



---

**ดูเงื่อนไขเพิ่มเติมในหน้า 2 และ 3 และดูในส่วนของพื้นที่ลงนาม**

## การรับรู้

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า:

1. DCS อาจโต้แย้งคำร้องของข้าพเจ้าหากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การแก้ไขคำสั่งใน RCW 74.20A.059 หากคำสั่งดำเนินการของข้าพเจ้าไม่มีเงื่อนไขเหล่านี้ DCS จะแจ้งให้ ALJ ระบุเงื่อนไขต่าง ๆ ไว้ในคำสั่งดำเนินการของข้าพเจ้า เพื่อแจ้งให้พ่อแม่แต่ละฝ่ายจัดหาประกันสุขภาพสำหรับบุตรหากในปัจจุบันความคุ้มครองมีจัดไว้ให้หรือจะมีขึ้นภายใต้การจ้างงาน หรือสหภาพแรงงาน และเบี้ยประกันสุขภาพไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะเบื้องต้นของพ่อแม่
2. DCS จะถือว่าเป็นไปตามเงื่อนไขหากบุตรที่เกี่ยวข้องเข้าหลักเกณฑ์รับสิทธิบริการด้านสุขภาพสำหรับชาวอินเดียน DCS อาจบังคับใช้เงื่อนไขนี้ในบางกรณี พ่อแม่ที่เกี่ยวข้องตามคำสั่งจะต้องจัดหาหลักฐานยืนยันความคุ้มครองสำหรับบุตรให้แก่ DCS และแก่พ่อแม่อีกฝ่ายภายใน 20 วัน นับจากวันที่คำสั่งอุปการะบุตรมีผลบังคับใช้ หากพ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งไม่แสดงหลักฐานความคุ้มครอง พ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขเพื่อจัดหาประกันสุขภาพภายใต้แนวทางต่อไป เรียงตามลำดับความสำคัญ:
  - a. จัดหาหรือต่อประกันสุขภาพผ่านทางนายจ้างหรือสหภาพแรงงานของพ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง โดยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะบุตรเบื้องต้นของพ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง
  - b. ร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันรายเดือนในส่วนของพ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งซึ่งพ่อแม่อีกฝ่ายเป็นผู้จัดหาสำหรับบุตรตามที่ระบุในคำสั่งอุปการะ โดยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะบุตรเบื้องต้นของพ่อแม่ที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่ง
3. ข้าพเจ้าขอระบุยอดในการอุปการะบุตร และแจ้งสาเหตุในการขอให้มีการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งลงนามรับรองไว้พร้อมกันในแบบฟอร์มนี้ หากข้าพเจ้าไม่ดำเนินการตามนี้ DC จะไม่สามารถดำเนินการตามคำร้องของข้าพเจ้าได้
4. ข้าพเจ้าจะต้องจัดส่งเอกสารต่อไปนี้ร่วมกับ DCS
  - a. เอกสารคำร้องที่ระบุรายละเอียดครบถ้วนนี้
  - b. เอกสาร **แจ้งการอุปการะบุตรของมลรัฐวอชิงตัน** ที่ระบุรายละเอียดครบถ้วน
  - c. หากข้าพเจ้าเป็นพ่อแม่ของเด็ก จัดหาหนังสือรับรองรายได้ (สลิปเงินเดือน เงินคืนภาษี ฯลฯ)
5. ข้าพเจ้าจะจัดส่งเอกสารข้างต้นไปตามที่อยู่ต่อไปนี้ หรือจัดส่งเอกสารด้วยตัวเองให้แก่หน่วยงานของ DCS ที่ดูแลเรื่องของข้าพเจ้า  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520
6. หากข้าพเจ้าไม่จัดหาเอกสารข้างต้นให้แก่ DCS ทาง ALJ สามารถเพิกถอนคำร้องของข้าพเจ้าได้
7. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ DCS ทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่
8. ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ DCS ทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงประกันสุขภาพสำหรับบุตรของข้าพเจ้า
9. DCS ไม่ได้ดำเนินการในนามของข้าพเจ้าหรือบุคคลใดในส่วนของคำสั่งอุปการะบุตรนี้
10. หากข้าพเจ้าไม่เข้าร่วมในการไต่สวนตามกำหนด ALJ สามารถเพิกถอนคำร้องของข้าพเจ้า
11. หากผู้เกี่ยวข้องอีกฝ่ายตามคำสั่งไม่เข้าร่วมการไต่สวนตามกำหนด ALJ สามารถ:
  - a. อนุมัติคำขอโดย DCS หรือของฝ่ายที่ปรากฏตัวโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ
  - b. กำหนดยอดอุปการะที่สูงหรือต่ำกว่ายอดที่เสนอในคำร้องนี้

## การแจ้งให้พ่อแม่ทั้งสองฝ่ายทราบ

ALJ สามารถ:

1. สั่งให้พ่อแม่ทั้งสองฝ่ายจัดหาประกันสุขภาพสำหรับบุตร หากมีการจัดหาความคุ้มครองในปัจจุบัน หรือจะจัดให้ผ่านนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน และเบี้ยประกันสุขภาพไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะบุตรเบื้องต้นของพ่อแม่ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว
2. สั่งให้พ่อแม่ทั้งสองฝ่ายรับผิดชอบส่วนของการใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่ไม่มีประกันคุ้มครอง รวมทั้งการชำระเงินร่วม เงินหักและส่วนแบ่งจ่ายใด ๆ เกี่ยวกับเบี้ยประกันสุขภาพซึ่งไม่มีกำหนดไว้ใน*ประกาศแจ้งยอดอุปการะที่พึงจ่าย*
3. มีคำสั่งสำหรับพ่อหรือแม่ที่ต้องจัดหาประกันสุขภาพให้แก่บุตรที่ไม่ยอมแสดงหลักฐานความคุ้มครอง โดยแจ้งการดำเนินการต่อไปนี้อย่างมีความสำคัญ:
  - a. ส่งเอกสารแจ้งให้แก่นายจ้างหรือสหภาพแรงงานโดยกำหนดให้นายจ้างหรือสหภาพลงทะเบียนบุตรที่เกี่ยวข้องภายใต้แผนประกันสุขภาพตามที่กำหนดใน RCW 28.18.170
  - b. ปฏิบัติตามประกาศแจ้งสำหรับพ่อแม่ที่ได้รับคำสั่งดำเนินการ เพื่อให้พ่อหรือแม่คนดังกล่าวชำระส่วนแบ่งเบี้ยประกันของตนเองที่พ่อแม่อีกฝ่ายเป็นผู้ดูแล โดยไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะบุตรเบื้องต้นของพ่อแม่ที่ได้รับคำสั่ง
4. มีคำสั่งในกรณีที่พ่อหรือแม่ที่ได้รับคำสั่งไม่ลงทะเบียนบุตรสำหรับความคุ้มครองประกันสุขภาพ หรือความคุ้มครองที่จัดหาโดยนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน DCS อาจมีคำสั่งบังคับการปฏิบัติตามหน้าที่ในการจัดหาบริการทางการแพทย์แก่บุตรสำหรับพ่อแม่ที่ได้รับคำสั่งตามที่กำหนดใน RCW 26.18.170

### ถ้อยแถลง

ข้าพเจ้าขอให้การว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงและถูกต้องทุกประการ และยืนยันตีราบิดหากให้การเท็จ ตามกฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย

### กรณาลงนามในแบบฟอร์มนี้

วันที่ \_\_\_\_\_

ลายเซ็นของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

คู่ป.ณ. หรือที่อยู่ \_\_\_\_\_

ชื่อทนายหรือตัวแทนของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

เมืองที่ข้าพเจ้าอยู่ \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ของทนายหรือตัวแทนของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) | ( \_\_\_\_\_ )  
เบอร์บ้าน เบอร์มือถือ

เมืองที่ทนายหรือตัวแทนของข้าพเจ้าอยู่ รัฐ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) | ( \_\_\_\_\_ )  
เบอร์ที่ทำงาน เบอร์สำหรับส่งข้อความ

( \_\_\_\_\_ )  
เบอร์โทรศัพท์ของทนายหรือตัวแทนของข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
เบอร์แฟกซ์ \_\_\_\_\_

ช่วงเวลาสำหรับติดต่อข้าพเจ้า \_\_\_\_\_

เบอร์ที่ข้าพเจ้าใช้สำหรับการรับฟัง \_\_\_\_\_

ไม่มีการดำเนินการใด ๆ ที่เป็นการกีดกันบุคคล เชื้อชาติ สีผิว ที่มา ศาสนา เพศ อายุหรือความทุพพลภาพในการจ้างงาน รับประทานอาหารหรือการเข้าร่วมแผนงานใด แบบฟอร์มจัดทำขึ้นหลายรูปแบบตามความต้องการของท่าน