

การรับรู้

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า:

1. DCS อาจโต้แย้งคำร้องของข้าพเจ้าหากไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การแก้ไขคำสั่งใน RCW 74.20A.059 หากคำสั่งดำเนินการของข้าพเจ้าไม่มีเงื่อนไขเหล่านี้ DCS จะแจ้งให้ ALJ ระบุเงื่อนไขต่าง ๆ ไว้ในคำสั่งดำเนินการของข้าพเจ้า เพื่อแจ้งให้พ่อแม่แต่ละฝ่ายจัดหาประกันสุขภาพสำหรับบุตรหากในปัจจุบันความคุ้มครองมีจัดไว้ให้หรือจะมีขึ้นภายใต้การจ้างงาน หรือสหภาพแรงงาน และเบี้ยประกันสุขภาพไม่เกิน 25 เปอร์เซ็นต์ของยอดอุปการะเบื้องต้นของพ่อแม่
2. DCS จะถือว่าเป็นไปตามเงื่อนไขเหล่านี้หากบุตรที่เกี่ยวข้องเข้าหลักเกณฑ์รับสิทธิบริการด้านสุขภาพสำหรับชาวอินเดียน 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 รับบริการหรือการเข้าร่วมแผนงานใด แบบฟอร์มจัดทำขึ้นหลายรูปแบบตามความต้องการของท่าน