



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

**协商会议请求书**  
**Request for Conference Board**  
(WAC 388-14A-6400)

**说明**

若想提出协商会议请求，请填写此表格，并按照下列地址将此表格寄还儿童抚养处 (DCS) 或传真至以下号码。若不想使用此表格，则可向儿童抚养处(DCS) 提出协商会议口头请求。所有回函均请工整书写，但您的签名除外。请使用蓝色或黑色墨水笔填写。若需要，可加附页填写。

本人和儿童抚养处 (DCS) 有争议。本人曾设法解决与儿童抚养处 (DCS) 工作人员之间的争议。本人提出协商会议请求，原因如下：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

本人明白：

1. 协商会议是解决投诉的一种非正式的方式。协商会议无法修改法庭颁令。对于协商会议的裁决，法庭不予覆审。
2. 这不是一项根据“行政诉讼法”（第 34.05 RCW 章）申请有判决权的法律程序（听证）之请求。协商会议并不取代本人申请听证会的任何其他权利。此项请求将不阻止儿童抚养处 (DCS) 采取征款措施。
3. 本人可代表自己出席听证会，也可以请其他人作本人的代表。儿童抚养处 (DCS) 将不支付本人的费用。
4. 儿童抚养处 (DCS) 可将此请求书之副本寄送给本人儿童抚养个案涉及的另一方。儿童抚养处 (DCS) 将在寄送给另一方的副本中删除本人的地址。

日期

签名

住宅电话号码

工作电话号码

工整填写姓名

请将填妥的此表格寄还至：  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520  
或者传真至：866-668-9518

邮箱号码或街道名称与门牌号码

城市 州 邮政编码

回函时请提及个案号码：

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面，以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由，而对任何人进行歧视。备有此表格的其他版本格式，可供索取。