



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

**კონფერენციის საბჭოს მოთხოვნა**  
**Request for Conference Board**  
(WAC 388-14A-6400)

**ინსტრუქციები**

კონფერენციის საბჭოს მოთხოვნისთვის შეავსეთ ეს ფორმა და დაუბრუნეთ ალიმენტის განყოფილებას (DCS), ქვემოთ მოცემულ მისამართზე ან ფაქსის ნომერზე. ამ ფორმის გამოყენების მაგივრად, შეგიძლიათ დაუკავშირდეთ ალიმენტის განყოფილებას და ზეპირი მითხოვეთ კონფერენციის საბჭო. გარდა თქვენი ხელმოწერისა, ყველა პასუხი ამობეჭდვით გამოიყენე ლურჯი ან შავი მელანი მიამატეთ დამატებითი გვერდები თუ საჭიროა.

მე მაქვს დავა ალიმენტის განყოფილებასთან. მე შევეცადე გადამეჭრა ჩემი დავა ალიმენტის განყოფილების თანამშრომლებთან. I მე ვითხოვ კონფერენციის საბჭოს, ვინაიდან:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

მე მესმის, რომ:

1. კონფერენციის საბჭო ცდილობს საჩივრების მოგვარებას არაოფიციალურად. საბჭოს არ შეუძლია სასამართლოს ბრძანების შეცვლა. სასამართლო არ განიხილავს საბჭოს გადაწყვეტილებებს.
2. ეს არ არის მოთხოვნა სასამართლო წარმოებისთვის (მოსმენა) ადმინისტრაციული საპროცესო აქტის შესაბამისად (თავი 34,05 RCW). კონფერენციის საბჭო არ ცვლის ნებისმიერ სხვა უფლებას, რომელიც მაქვს მოსმენისა. ეს მოთხოვნა ალიმენტის დეპარტამენტს კოლექტიური ქმედებების შესრულებაში ხელს არ შეუშლის.
3. მე შეიძლება ჩემი თავი თავად წარმოვადგინო ვინმე სხვამ წარმომადგინოს მე. ალიმენტის განყოფილება არ გადაიხდის ჩემს ხარჯებს.
4. ალიმენტის განყოფილება შეუძლია ამ თხოვნის ასლი გაუზიაროს მეორე მხარეს ჩემი შვილი მხარდაჭერის საქმეში. ალიმენტის განყოფილება ამოიღებს ჩემს მისამართს მეორე მხარისთვის გაგზავნილი ასლისგან.

თარიღი \_\_\_\_\_

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

სახლის ტელეფონის ნომერი \_\_\_\_\_ სამუშაოს ტელეფონის ნომერი \_\_\_\_\_

დაბეჭდილი სახელი \_\_\_\_\_

დაუბრუნე ეს შევსებული ფორმა:  
**DIVISION OF CHILD SUPPORT**  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520  
ან ფაქსი: 866-668-9518

საფოსტო ყუთი ან ქუჩის მისამართი \_\_\_\_\_

ქალაქი \_\_\_\_\_ შტატი \_\_\_\_\_ საფოსტო ინდექსი \_\_\_\_\_

საპასუხოთ იხილეთ საქმის ნომერი:

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