

## طلب مراجعة أمر دعم الطفل Child Support Order Review Request

إلى:

الموضوع:

رقم الحالة:

التاريخ:

### معلومات البرنامج

لقد طلبت من قسم دعم الطفل (DCS) أن يقوم بتغيير أو تعديل أمر دعم طفلك. وأمامك خياران لمساعدتك على تغيير أو تعديل الأمر:

1. رفع دعوى قضائية في المحكمة لتغيير الأمر. ويجوز لك أن تقوم بهذا بنفسك أو من خلال محام.

2. أن تطلب من قسم دعم الطفل أن يقوم بمراجعة الأمر.

أ. لا يمكن لقسم دعم الطفل تمثيلك أو تقديم المشورة القانونية لك أو للطرف الآخر المعني بالأمر.

ب. يراجع قسم دعم الطفل المعلومات الخاصة بك.

(1) إذا لم يتوافق الأمر مع الحد الأدنى من معايير المراجعة، فلن يقوم قسم دعم الطفل بأي إجراء آخر.

(2) إذا وافق الأمر الحد الأدنى من معايير المراجعة، فسوف يحيل قسم دعم الطفل حالتك إلى مكتب المدعي العام أو إلى وكالة أخرى لدعم الطفل (إذا لزم الأمر) للتغيير أو التعديل. بيان الحد الأدنى للمتطلبات على النحو التالي:

(أ) يجب أن يحصل قسم دعم الطفل على معلومات العنوان الحالي لكلا الطرفين المعنيين في أمر الدعم.

(ب) يجب أن تكون لولاية واشنطن سلطة قضائية على كلا الطرفين المعنيين في أمر الدعم.

(ج) أن تمر فترة لا تقل عن ثلاث سنوات منذ تعيين آخر مبلغ للدعم أو يمكنك توضيح أن الظروف تغيرت بشكل كبير.

(د) يجب ألا يقل إجمالي مبلغ الدعم في الأمر الحالي عن 25 بالمائة أكثر أو أقل من المبلغ المحدد في أحدث جدول دعم الطفل بولاية واشنطن ويجب ألا يقل مبلغ الفرق بين مبلغ الدعم الحالي والمبلغ الجديد عن 100.00 دولار لكل شهر.

(هـ) يجب تغيير إجمالي مبلغ الدعم فوق الفترة المتبقية للأمر بما لا يقل عن 2,400.00 دولار.

ملاحظة: ثمة استثناء لآخر معيارين ذكرا أعلاه وهو أنه إذا لم يتطلب الأمر توفير تغطية التأمين الصحي للأطفال.

تنطبق قواعد خاصة في حالة تلقي الأطفال المدرجين في الأمر للمساعدة العامة أو المساعدة الطبية.

1. سيراجع قسم دعم الطفل الأمر تلقائياً لتغييره أو تعديله كل 35 شهراً.

2. إذا أردت تغيير الأمر أو تعديله بدون مساعدة قسم دعم الطفل، فيجب على مكتب المدعي العام أو قسم دعم الطفل اعتماد الشروط الواردة في الأمر فيما يخص دعم الطفل المعهود به إلى ولاية واشنطن.

إذا أردت أن يقوم قسم دعم الطفل بمراجعة الأمر، فيجب عليك إكمال الصفحتين 2 و3 من هذا النموذج وإعادتهما. راجع الإرشادات الواردة في صفحة 2 لمعرفة المتطلبات الإضافية.

## طلب مراجعة أمر دعم الطفل Child Support Order Review Request

رقم الحالة:

اسم مقدم الطلب:

### التعليمات

إذا أردت أن يقوم قسم دعم الطفل بمراجعة حالتك لتغيير الأمر أو تعديله إن أمكن، فاستخدم هذا النموذج لطلب المراجعة. وباستثناء توقيعك، قم بطباعة جميع الردود. استخدم الحبر الأزرق أو الأسود فقط. قم بالتوقيع على جميع النماذج المطلوبة وإعادتها إلى عنوان قسم دعم الطفل المذكور في صفحة 3. إذا كنت أنت إحدى وكالات دعم الطفل، فيجب أن يوقع ممثل معتمد على النماذج. أكمل النماذج التالية وقم بإعادتها:

1. الصفحتان 2 و3 من هذا النموذج.

2. أوراق عمل جدول دعم الطفل بولاية واشنطن (مرفقة). أكمل الأجزاء الخاصة بك وبأسرتك. سيحاول قسم دعم الطفل الحصول على المعلومات المالية للطرف الآخر.

3. إعلان الوضع المالي (مرفق). أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على أمر محكمة.

4. نموذج المعلومات السرية (مرفق). أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على أمر محكمة.

5. نموذج ملحق المعلومات السرية (مرفق) إذا كان لديك أكثر من طفلين. أكمل هذا النموذج فقط إذا حصلت على أمر محكمة.

أرفق المستندات المطلوبة. إذا لم يكن لديك المستندات المطلوبة، فأرفق بياناً يوضح السبب.

1. نُسخ من آخر كشفين لضريبة الدخل الفيدرالية.

2. نُسخ من آخر ثلاثة كعوب إيصالات دفع.

يجوز لقسم دعم الطفل أو المدعي العام مشاركة أي مستندات تقوم أنت بإرسالها إلى قسم دعم الطفل مع الطرف الآخر المعني في أمر دعم طفلك، كما يجوز للقسم أو المدعي العام حفظ المستندات في سجل محكمة عام.

1. للطرف الآخر المعني في أمر دعم طفلك الحق في الاطلاع على معلوماتك المالية.

2. يجب أن تحذف معلومات التعريف الشخصية الخاصة بك (العنوان، تاريخ الميلاد، رقم التأمين الاجتماعي) من المستندات قبل إرسالها إلى قسم دعم الطفل.

أريد أن يقوم قسم دعم الطفل بمراجعة أمر الدعم الخاص بي لتغييره أو تعديله بسبب (حدد المربعات أدناه التي تنطبق على حالتك):

1.  تغيير دخلي.

2.  تغيير دخل ولي الأمر الآخر.

3.  واحد على الأقل من الأطفال المشمولين في حالتي:

أ.  يبلغ من العمر اثني عشر عامًا أو أكثر. وهذا يعد تغييرًا عن الأمر الحالي.

ب.  يعيش في منزل مختلف.

ج.  لا يذهب إلى المدرسة أو لا يعيش في المنزل.

4.  هناك واحد من متطلبات التأمين الصحي بحاجة إلى الإضافة إلى أمر الدعم الخاص بي.

5.  إنني معاق أو موجود بإحدى المؤسسات أو سجين.

6.  أسباب أخرى (يرجى ذكر التفاصيل):

أنا أفهم وأوافق على:

1. أنني إذا لم أزود قسم دعم الطفل بجميع المعلومات المطلوبة، فلن يقوم القسم بمراجعة أمر الدعم.
2. أن قسم دعم الطفل سيقوم فقط بمراجعة حالتي لتغيير أو تعديل الأحكام التي تخص دعم الطفل أو التأمين الصحي للأطفال. ولا يملك قسم دعم الطفل سلطة مراجعة أوامر المحكمة لإجراء تغييرات في الوصاية أو الزيارة أو المسائل الأخرى.
3. أن يستخدم قسم دعم الطفل المعلومات التي أقدمها لتأسيس دعم الطفل أو تغييره أو إنفاذه.  
أ. يشارك قسم دعم الطفل المعلومات مع الوكالات الحكومية الأخرى فقط لهذه الأغراض.  
ب. يقوم قسم دعم الطفل بتحرير المعلومات فقط إلى الحد الذي تسمح به القوانين واللوائح الفيدرالية وتلك الخاصة بالولاية.  
ج. يمكنني أن أطلب من قسم دعم الطفل الحصول على المعلومات الشخصية والسرية للطرف الآخر.
4. أنه بعد مراجعة طلبي، سيقوم قسم دعم الطفل بإعادة توجيهه إلى المدعي العام إذا:  
أ. تلقى قسم دعم الطفل جميع النماذج والمعلومات المطلوبة في صفحة 3.  
ب. كانت حالتي تلي متطلبات التغيير أو التعديل.  
ملاحظة: لا يمكن لقسم دعم الطفل أن يسحب الطلبات المرسلة إلى المدعي العام.
5. إذا لم يتوافق أمر الدعم الخاص بي مع المتطلبات القانونية أو متطلبات المراجعة، فيجوز لقسم دعم الطفل أو المدعي العام أن يقرر عدم اصطحاب أمر الدعم الخاص بي إلى المحكمة للتغيير أو التعديل.
6. أنه إذا قرر المدعي العام مواصلة تغيير أو تعديل أمر الدعم الخاص بي، فيجوز أن يكون تاريخ البدء لأي تغيير هو أي تاريخ من تاريخ رفع الدعوى القضائية في المحكمة إلى تاريخ توقيع القاضي على الأمر. يحدد القاضي تاريخ البدء.
7. أنه قد يسفر إجراء تغيير أو تعديل على أمر الدعم الخاص بي عن زيادة أو تخفيض مدفوعات الدعم.
8. أنني أملك الحق في أن أطلب من إحدى المحاكم إجراء تغيير أو تعديل على أمر الدعم الخاص بي بنفسني.

التاريخ	توقيع ولي الأمر
التاريخ	توقيع ممثل ولي الأمر
	كتابة اسم ممثل ولي الأمر بخط واضح

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

داخل \_\_\_\_\_ منطقة الاتصال  
خارج \_\_\_\_\_ منطقة الاتصال  
تتوافر خدمات الكتابة عن بعد (TTY)/اتصال عن بعد (TDD) لأصحاب الإعاقة الكلامية أو السمعية.  
تفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت: [www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصول القومية أو العقيدة أو الدين أو النوع أو السن أو الإعاقة في فرص العمل أو الخدمات أو أيٍّ من جوانب أنشطة البرنامج. يتوفر هذا النموذج بأشكال بديلة عند الطلب.

For Child Support Agency Use Only (لاستخدام وكالة دعم الطفل فقط)

DATE	AGENCY REPRESENTATIVE'S SIGNATURE		
ZIP CODE	STATE	CITY	AGENCY P.O. BOX OR STREET ADDRESS