

التماس تعديل أمر إداري

Petition for Modification – Administrative Order

الموضوع:)
) ولي الأمر غير الوصي
)
)
)
)
) ولي الأمر الوصي

تعليمات

باستثناء القسم الخاص بتوقيعك، فيرجى كتابة إجابتك. يرجى استخدام الحبر الأزرق أو الأسود.

يتطلب WAC 388-14A-3925 منك أن تقوم بما يلي:

1. إدخال أعلى حد للمبلغ (الجديد) المقترح لدعم الطفل.

2. توضيح سبب طلب التعديل .

3. توقيع النموذج.

يجب عليك استيفاء وإعادة الوثائق المدرجة في الصفحة 2 من هذا النموذج إلى قسم دعم الطفل.

ملاحظة: إذا لم تستوف كافة الإجراءات المطلوبة في هذا النموذج، فإن قاضي القانون الإداري (ALJ) قد يرفض هذا الالتماس.

مقدم الالتماس

أطلب أنا، _____، من مكتب جلسات الاستماع الإداري

(Office of Administrative Hearings) أن يوجه قسم دعم الطفل (DCS) والأطراف المذكورة لتوضيح السبب في عدم تعديل الأمر الإداري لدعم الطفل الخاص

بي. علمًا بأن الأمر الإداري لدعم الطفل الخاص بي قد صدر في _____.

أعتقد أن المبلغ الحالي لدعم الطفل الخاص بهذه القضية هو _____ دولار أمريكي شهريًا.

أعتقد أن المبلغ الحالي لدعم الطفل ينبغي أن يتم تعديله بسبب:

انظر الصفحة 2 و 3 للاطلاع على المتطلبات الإضافية وقسم التوقيع الخاص بك.

1. قد يقوم قسم دعم الطفل بمعارضة هذا الالتماس إذا لم يستوف المعايير الخاصة بتعديل الأمر وفقاً لـ RCW 74.20A.059.
2. في حال لم يحتوي الأمر الخاص بي حالياً على هذه الشروط، فإن قسم دعم الطفل سوف يطلب من قاضي القانون الإداري (ALJ) أن يدرج الشروط في الأمر الخاص بي بحيث يطلب من كل ولي أمر أن يقدم تغطية تأمين صحي للطفل في حال ما إذا كانت التغطية الحالية أو أصبحت هذه التغطية متاحة من خلال التوظيف أو عبر اتحاد عمالي شريطة ألا يزيد قسط التأمين الصحي عن 25 في المائة من التزام الدعم الأساسي لولي الأمر. سوف يعتبر قسم دعم الطفل أنه قد تم استيفاء هذا المطلب في حال ما إذا كان الطفل مؤهل لخدمات الصحة الهندية (Indian Health Services) وسوف يقوم قسم دعم الطفل بفرض هذا الالتزام في حالات خاصة. ويتعين على ولي الأمر المفروض عليه هذا الالتزام أن يقدم إثباتاً للتغطية المقدمة إلى الطفل وذلك إلى قسم دعم الطفل وإلى ولي الأمر الآخر في غضون 20 يوماً من تاريخ صدور الأمر النهائي لدعم الطفل. وفي حال لم يقدم ولي الأمر الذي فرض عليه هذا الالتزام إثبات التغطية، فإن ولي الأمر المفروض عليه الالتزام قد يطلب منه أن يفي بالالتزام فيما يتعلق بتقديم تأمين صحي من خلال القيام بأي مما يلي، بحسب ترتيب الأولوية:
 - أ. تقديم أو الحفاظ على تغطية تأمين صحي من خلال توظيف أو الاتحاد العمالي لولي الأمر المفروض عليه الالتزام بموجب تكلفة لا تزيد عن 25 في المائة من الالتزام الأساسي لدعم الطفل الخاص بولي الأمر المفروض عليه الالتزام.
 - ب. المساهمة بحصة متناسبة مع القسط الشهري لولي الأمر المفروض عليه الالتزام التي يدفعها ولي الأمر الآخر مقابل تغطية التأمين الصحي للطفل (الأطفال المذكورين في أمر الدعم، بما لا يزيد عن 25 في المائة من الالتزام الأساسي لدعم الطفل الخاص بولي الأمر المفروض عليه الالتزام).
3. يجب علي أن أطلب مبلغ محدد لدعم الطفل، وتقديم سبب لطلب إجراء تعديل، وتوقيع هذا النموذج. وإذا لم أفعل ذلك، فإن قسم دعم الطفل لا يمكنه التعامل مع الالتماس الخاص بي.
4. يجب علي تقديم الوثائق التالية إلى قسم دعم الطفل.
 - أ. هذا الالتماس بعد استيفاءه.
 - ب. أوراق عمل جدول دعم الطفل لولاية واشنطن المستوفاة.
 - ج. إثبات الدخل كعوب الشيكات، والعوائد الضريبية، إلخ..
5. يجب علي أن أرسل الوثائق المذكورة أعلاه إلى العنوان التالي أو أن أسلمها شخصياً إلى مكتب قسم دعم الطفل الذي يتعامل مع قضيتي
 DIVISION OF CHILD SUPPORT
 PO BOX 11520
 TACOMA WA 98411-5520
6. إذا لم أقدم الوثائق المذكورة أعلاه إلى قسم دعم الطفل، فإن قاضي القانون الإداري (ALJ) قد يرفض الالتماس.
7. يجب علي أن أخبر قسم دعم الطفل إذا قمت بتغيير عنواني.
8. يجب علي أن أخبر قسم دعم الطفل بأية تغييرات في تغطية التأمين الصحي لطفلي .
9. لا يمثلني قسم دعم الطفل أو الطرف الآخر في أمر دعم الطفل الخاص بهذه الدعوى.
10. إذا لم أحضر وأشارك في جلسة الاستماع المحددة، فإن قاضي القانون الإداري قد يرفض الالتماس الخاص بي.
11. وإذا لم يحضر الطرف الآخر في هذا الأمر ويشارك في جلسة الاستماع المحددة، فإن قاضي القانون الإداري قد:
 - أ. يوافق على أية طلبات مقدمة من قسم دعم الطفل أو الطرف الذي حضر هذه القضية دون إخطار مسبق.
 - ب. إصدار أمر بمبلغ دعم يزيد أو يقل عن المبلغ المقترح في هذا الالتماس.

إخطار إلى كلا ولي الأمر

يجوز لقاضي القانون الإداري أن يقوم بما يلي:

1. إصدار أمر لكلا ولي الأمر لتقديم تأمين صحي للطفل في حال ما إذا كانت التغطية الحالية أو أصبحت هذه التغطية متاحة من خلال التوظيف أو عبر اتحاد عمالي شريطة ألا يزيد قسط التأمين الصحي عن 25 في المائة من التزام الدعم الأساسي لولي الأمر.
2. إصدار أمر لكلا ولي الأمر لدفع حصة متناسبة مع النفقات الطبية غير الخاضعة للتأمين، ومن ضمنها المدفوعات المشتركة، والاستقطاعات، وأي جزء من الحصة المتناسبة لقسط التأمين الطبي التي لم يتم تنفيذها من خلال خدمة **إخطار الدعم المستحق**.
3. إصدار أمر في حال ما إذا كان ولي الأمر الذي صدر أمر له بتقديم تغطية تأمين صحي للطفل لم يقدم إثبات الحصول على تغطية، وفي هذه الحالة فيجوز لقسم دعم الطفل أن يقوم بأي مما يلي بحسب ترتيب الأولوية:
 - أ. إرسال **إخطار** وفقاً لـ 42 C.S.U. 666(a)(19) إلى صاحب العمل أو الاتحاد العمالي يطلب فيه من صاحب العمل أو الاتحاد العمالي تسجيل الطفل (الأطفال) في خطة التأمين الصحي وفقاً لـ RCW 26.18.170.
 - ب. تقديم **إخطار** إلى ولي الأمر المفروض عليه التزام لمطالبة ولي الأمر بدفع حصة متناسبة من القسط الشهري التي يدفعها ولي الأمر الآخر للطفل بما لا يتجاوز 25 في المائة من الالتزام الأساسي لدعم الطفل الخاص بولي الأمر المفروض عليه التزام؛ و
 4. إصدار أمر بأنه إذا أخفق ولي الأمر المفروض عليه التزام في تسجيل الطفل (الأطفال) (في تغطية تأمين صحي يمكن الوصول إليها، أو في تغطية متاحة من خلال صاحب العمل أو اتحاد عمالي، فإن قسم دعم الطفل يجوز له أن يفرض التزام الدعم الطبي الخاص بولي الأمر المفروض عليه التزام وذلك وفقاً لـ RCW 26.18.170.

إقرار

أقر بموجب العقوبة المقررة على الحنث باليمين، في قوانين ولاية واشنطن، بأن المعلومات السابقة صحيحة وطبق الأصل.

يجب عليك توقيع هذا النموذج

التاريخ	توقيعي
صندوق بريد عنوان صندوق البريد أو الشارع	اسم المحامي أو المفوض عنى
مدينتي الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل ()	رقم الجوال ()
رقم هاتف العمل ()	رقم هاتف الرسائل ()
رقم هاتف المحامي أو المفوض عن ()	رقم هاتف المحامي أو المفوض عن ()
رقم الفاكس ()	
أفضل وقت للاتصال بي	
أرقام الهاتف أنا أفضل استخدام	

لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصل أو العقيدة أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة عند التوظيف أو في الخدمات أو في أي جانب من أنشطة البرنامج. هذا النموذج متاح بتنسيقات بديلة عند الطلب.