

درخواست اصلاح - حکم اجرایی

Petition for Modification – Administrative Order

(شماره پرونده:

(والدین غیر حضانتی

(

(

(

(والدین حضانتی

عطف به:

دستورات

غیر از امضا، مابقی پاسخ‌های خود را به صورت چاپی وارد نمایید. از جوهر آبی یا مشکی استفاده کنید.

بر اساس آیین‌نامه اجرایی واشینگتن، ماده 388-14A-3925، شما ملزم به انجام موارد زیر هستید:

1. مبلغ پیشنهادی (جدید) برای حمایت از کودک را ثبت کنید.

2. دلیل خود را برای درخواست اصلاح بیان نمایید.

3. فرم را امضا کنید.

شما بایستی مدارک فهرست شده در صفحه 2 این فرم را تکمیل کرده و به «واحد حمایت از کودکان» (DCS) بازگردانید.

توجه: چنانچه کلیه اقدامات مقتضی در این فرم تکمیل نشوند، «قاضی دیوان اداری» (ALJ) می‌تواند این درخواست را رد کند.

درخواست

اینجانب _____، از «دفتر رسیدگی به شکایات اداری» درخواست دارم که دستورات لازم جهت حضور واحد حمایت از کودکان و طرف‌های نامبرده را صادر فرمایند تا دلایل خود را مبنی بر عدم اصلاح حکم اجرایی حمایت از کودکان ارائه نمایند. حکم اجرایی بنده در خصوص حمایت از کودکان در تاریخ _____ ثبت شده است.

به عقیده اینجانب مبلغ کمک‌هزینه فعلی برای کودک در این پرونده بایستی \$ _____ دلار در هر ماه باشد.

بنده معتقدم که مبلغ کمک‌هزینه فعلی باید به دلایل ذیل اصلاح شود:

برای اطلاع از شرایط بیشتر و همچنین قسمت امضا، به صفحه 2 و 3 مراجعه کنید.

اقرارنامه

اینجانب مطلع هستم که:

1. اگر درخواست بنده با معیارهای اصلاح حکم مندرج در RCW 74.20A.059 مطابقت نداشته باشد، در این صورت واحد حمایت از کودکان با آن مخالفت خواهد کرد.
2. اگر این مفاد در حکم بنده درج نشده باشند، واحد حمایت از کودکان از قاضی دیوان اداری درخواست خواهد کرد که با درج این مفاد در حکم اینجانب هریک از والدین را ملزم کند تا در صورتی که پوشش بیمه‌ای از طریق شغل یا از طریق اتحادیه در دسترس بود پوشش بیمه سلامت را برای کودکان فراهم نمایند به طوری که حق بیمه سلامت از 25 درصد تعهدات اصلی والدین نسبت به حمایت از کودکان فراتر نرود. در صورتی که کودکان واجد شرایط دریافت «خدمات بهداشتی هند» باشند، واحد حمایت از کودکان این شرط را برآورده شده تلقی خواهد کرد. واحد حمایت از کودکان می‌تواند این تعهد را تحت شرایط خاص اجرایی کند. والد مکلف بایستی ظرف 20 روز از تاریخ صدور آخرین حکم حمایت از کودک، اسناد مربوط به پوشش بیمه‌ای موجود برای کودکان را در اختیار واحد حمایت از کودکان و والد دیگر قرار دهد. چنانچه والد مکلف اسناد مربوط به پوشش بیمه‌ای را ارائه نکند، ممکن است ملزم شود که با انجام یکی از موارد زیر به ترتیب اولویت، تعهد خود را نسبت به فراهم نمودن بیمه سلامت اجرایی کند:
 - الف. ارائه یا حفظ پوشش بیمه سلامت از طریق شغل والد مکلف یا از طریق اتحادیه با هزینه‌ای که بیشتر از 25 درصد تعهدات اصلی والدین نسبت به حمایت از فرزندان فراتر نرود.
 - ب. کمک به پرداخت سهم والد مکلف از حق بیمه ماهانه به میزانی که توسط والد دیگر جهت پوشش بیمه سلامت برای فرزندان نامبرده در حکم حمایت پرداخت می‌گردد، به طوری که از 25 درصد تعهدات اصلی والدین نسبت به حمایت از فرزندان فراتر نرود.
3. اینجانب باید برای دریافت مبلغ مشخصی از حمایت کودکان درخواست نمایم، دلیل درخواست اصلاح را ارائه دهم و این فرم را امضا کنم. در صورت انجام ندادن موارد فوق، واحد حمایت از کودکان نمی‌تواند به درخواست اینجانب رسیدگی نماید.
4. اینجانب بایستی مدارک زیر را به واحد حمایت از کودکان ارائه دهم.
 - الف. درخواست تکمیل شده حاضر.
 - ب. کاربرگ‌های تکمیل شده جدول حمایت از کودکان ایالت واشنگتن.
 - ج. اسناد مربوط به درآمد (فیش حقوقی، اظهارنامه مالیاتی، و غیره)، در صورتی که سرپرست کودکان باشم.
5. اینجانب موظف هستم مدارک فوق را به آدرس ذیل پست کرده یا شخصاً به دفتری از واحد حمایت کودکان که مسئول رسیدگی به پرونده من است تحویل دهم.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
6. در صورتی که اینجانب مدارک فوق را به واحد حمایت از کودکان ارائه ندهم، قاضی دیوان اداری حق رد دادخواست من را دارد.
7. اینجانب موظف هستم هرگونه تغییر آدرس خود را به واحد حمایت از کودکان اطلاع دهم.
8. اینجانب موظف هستم هرگونه تغییر در پوشش بیمه سلامت فرزندانم را به واحد حمایت از کودکان اطلاع دهم.
9. واحد حمایت از کودکان در این اقدام به منزله نماینده من یا طرف دیگر حکم حمایت فرزندانم عمل نخواهد کرد.
10. در صورت عدم حضور اینجانب در جلسات استماع برنامه‌ریزی شده، قاضی دیوان اداری حق رد دادخواست من را دارد.
11. چنانچه طرف دیگر حکم من در جلسه استماع برنامه‌ریزی شده‌ای حضور نیابد، قاضی دیوان اداری می‌تواند اقدام به موارد زیر کند:
 - الف. با هرگونه درخواستی که واحد حمایت از کودکان یا شخص حاضر در جلسه در خصوص پرونده ارائه دهد بدون اطلاع قبلی موافقت نماید.
 - ب. دستور کمک‌هزینه‌ای را دهد که بالاتر یا پایین‌تر از مبلغ پیشنهادی در این دادخواست باشد.

اطلاعیه‌ای خطاب به هردو والد

قاضی دیوان اداری می‌تواند دستور موارد زیر را صادر کند:

1. صدور دستور به هردو والد در جهت تهیه بیمه سلامت برای فرزندان چنانچه این پوشش بیمه اکنون به واسطه اشتغال یا اتحادیه‌ای موجود بوده یا موجود شود و به شرطی که حق بیمه سلامت از ۲۵ درصد تعهدات اصلی والدین نسبت به حمایت از فرزندان فراتر نرود.
2. صدور دستور به هردو والد در جهت پرداخت سهم مساوی از مخارج پزشکی خارج از بیمه، از جمله پرداخت‌های مشترک، فرانشیزها و هر مقدار از سهم حق بیمه پزشکی که با ابلاغ اطلاعیه کمک‌هزینه قابل پرداخت لازم‌الاجرا نشده باشد.
3. صدور دستور با این مضمون که اگر والدی طبق دستور قاضی مکلف به تهیه بیمه سلامت برای کودکان شود ولی نتواند مدرکی دال بر تهیه این بیمه فراهم کند، واحد حمایت از کودکان می‌تواند اقدام به انجام یکی از امور زیر کند که به ترتیب اولویت ذکر شده است:
الف. ارسال اخطاریه‌ای به کارفرما یا اتحادیه جهت مجاب کردن آنها به ثبت نام کودکان در طرح بیمه سلامت مطابق با مفاد RCW 28.18.170.
ب. ابلاغ اطلاعیه‌ای به والد مکلف و مجاب کردن وی به پرداخت سهم خود از حق بیمه ماهانه که والد دیگر برای فرزندان پرداخت می‌کند، به طوری که از 25 درصد تعهدات اصلی والد نسبت به حمایت از فرزندان فراتر نرود.
4. صدور سفارش با این مضمون که اگر والد مکلف نسبت به ثبت نام کودکان در بیمه سلامت مناسب یا پوشش بیمه‌ای که به واسطه کارفرما یا اتحادیه والد فراهم شده است قصور ورزد، واحد حمایت از کودکان می‌تواند تعهدات والد در خصوص حمایت پزشکی را طبق مفاد RCW 26.18.170 به اجرا بگذارد.

اظهاریه

اینجانب با آگاهی از جرم شهادت کذب بر طبق قوانین ایالت واشینگتن، صحت و درستی اطلاعات فوق را تأیید می‌نمایم.

شما موظف به امضای این فرم هستید

_____	_____
امضای من	تاریخ
_____	_____
نام وکیل یا نماینده من	صندوق پستی یا آدرس خیابان
_____	_____
آدرس وکیل یا نماینده من	شهر ایالت
_____	_____
شهر، ایالت و زیپ کد وکیل یا نماینده من	() () تلفن منزل
_____	_____
شماره تلفن وکیل یا نماینده من	() () تلفن محل کار
_____	_____
	() شماره فکس

بهترین ساعات تماس با من

شماره ارجح جهت استفاده برای جلسه استماع

در امر اشتغال، خدمات، یا هریک از جنبه‌های فعالیتی برنامه هیچ شخصی به واسطه نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، عقاید، مذهب، جنسیت، سن یا ناتوانی مورد تبعیض قرار نخواهد گرفت. این فرم بنا به درخواست در قالب‌های دیگر نیز ارائه می‌گردد.