

Petição de modificação – Sentença administrativa

Petition for Modification – Administrative Order

RE:) NÚMERO DE CASO:
Pai/mãe que não detém a guarda)
)
)
)
Pai/mãe que detém a guarda)

Instruções

Exceto por sua assinatura, imprima todas as respostas. Use tinta preta ou azul.

WAC 388-14A-3925 exige que você:

1. Insira uma proposta de (novo) montante de pensão alimentícia.
2. Indique o motivo do pedido de modificação.
3. Assine o formulário.

Você tem de preencher e entregar os documentos da DCS listados na página 2 deste formulário.

NOTA: Se você não concluir todas as ações obrigatórias neste formulário, um Juiz de Direito Administrativo (ALJ) pode recusar este pedido.

Petição

Eu, _____, peço ao Departamento de Audiências Administrativas para orientar a Divisão de Suporte Infantil (DCS) e as partes supracitadas a comparecer e apresentar o motivo pelo qual a minha sentença administrativa de pensão alimentícia não deve ser modificada. Minha sentença administrativa de pensão alimentícia foi apresentada em _____.

Considero que o montante atual da pensão alimentícia para este caso deve ser _____ \$ por mês.

Considero que o montante atual da pensão alimentícia deve ser modificado pois:

Consulte as páginas 2 e 3 para obter requisitos adicionais e a seção de assinatura.

Confirmações

Entendo que:

1. A DCS opor-se-á a esta petição se não cumprir os critérios de modificação de uma sentença em RCW 74.20A.059.
2. Se minha sentença não contiver estas disposições, a DCS solicitará ao ALJ a inclusão de disposições na minha sentença exigindo que cada progenitor forneça apólice de seguro de saúde para os menores se a apólice estiver ou se ficar disponível por meio de emprego ou sindicato e o prêmio do seguro de saúde não exceder 25% da obrigação de pensão básica do progenitor. A DCS considera esta exigência como tendo sido atendida se os menores se qualificarem para receber assistência pelo Indian Health Services. A DCS pode vir a exigir o cumprimento desta obrigação sob certas circunstâncias. O progenitor responsável deve providenciar um comprovante da apólice de seguro de saúde acessível para os menores à DCS e ao outro progenitor em até 20 dias da data de apresentação da sentença final de pensão alimentícia. Se o progenitor responsável não providenciar um comprovante da apólice, o progenitor responsável pode vir a ser obrigado a satisfazer a obrigação de prestar apólice de seguro de saúde através de uma das medidas a seguir, em ordem de prioridade:
 - a. Providenciar ou manter a apólice de seguro de saúde através do emprego ou sindicato do progenitor responsável a um valor que não deve ultrapassar 25 por cento da obrigação básica de pagamento de pensão alimentícia do progenitor responsável.
 - b. Contribuir com a participação proporcional do progenitor responsável na mensalidade do seguro de saúde que está sendo paga pelo outro progenitor para prestar apólice de seguro de saúde para os menores enumerados na sentença de pensão, sem ultrapassar 25 por cento da obrigação básica de pagamento de pensão alimentícia do progenitor responsável.
3. Devo pedir um montante específico de pensão alimentícia, indicar um motivo para o pedido de modificação e assinar este formulário. Se não o fizer, a DCS não pode processar minha petição.
4. Tenho de apresentar os seguintes documentos à DCS.
 - a. Esta petição preenchida.
 - b. As planilhas com a **tabela para pagamento de pensão alimentícia do Estado de Washington** preenchidas.
 - c. **Se for um progenitor do menor**, comprovante de rendimento (holerite, declaração fiscal, etc.).
5. Tenho de enviar os documentos acima por correio para o endereço que se segue ou entregá-los presencialmente no escritório da DCS responsável pelo meu processo.

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520, EUA
6. Se não fornecer os documentos acima à DCS, um ALJ pode recusar minha petição.
7. Tenho de informar a DCS em caso de alteração de endereço.
8. Tenho de informar a DCS sobre quaisquer alterações na apólice de seguro de saúde dos meus menores.
9. A DCS não me representa ou a outra parte na sentença de pensão alimentícia neste processo.
10. Se não comparecer e participar de uma audiência agendada, um ALJ pode recusar minha petição.
11. Se a outra parte de minha sentença não comparecer e participar de uma audiência agendada, um ALJ pode:
 - a. Decidir a favor dos pedidos feitos pela DCS ou pela parte indicada no processo sem notificação prévia.
 - b. Decretar um valor da pensão que é maior ou menor que o valor proposta nesta petição.

Intimação para ambos os progenitores

Um ALJ pode:

1. Exigir que cada progenitor forneça apólice de seguro de saúde para os menores se a apólice estiver ou se ficar disponível por meio de emprego ou sindicato e o prêmio do seguro de saúde não exceder 25% da obrigação de pensão básica do progenitor.
2. Exigir que ambos os progenitores paguem uma parte proporcional das despesas médicas não seguradas, incluindo copagamentos, dedutíveis e qualquer parte proporcional de um prêmio de seguro médico não aplicado por meio do serviço de uma **Intimação de Pensão Devida**.
3. Exigir que, se um progenitor que seja obrigado a providenciar apólice de seguro de saúde aos menores não fornecer comprovante de apólice acessível, a DCS possa vir a realizar uma das medidas a seguir, enumeradas em ordem de prioridade:
 - a. Enviar uma intimação ao empregador ou sindicato exigindo que o empregador ou sindicato inscreva os menores em um plano de seguro de saúde conforme descrito na norma RCW 28.18.170.
 - b. Intimar o progenitor responsável exigindo que o progenitor pague sua parte proporcional da mensalidade que está sendo paga pelo outro progenitor dos menores, que não deve ultrapassar 25 por cento da obrigação básica de pagamento de pensão alimentícia do progenitor responsável.
4. Exigir que, se o progenitor responsável deixar de inscrever os menores na apólice de seguro de saúde acessível de modo particular ou através do empregador ou sindicato desse pai/mãe ou se as circunstâncias desse pai/mãe mudarem, a DCS possa vir a exigir o cumprimento da obrigação de prestar assistência médica pelo progenitor responsável conforme as disposições na norma RCW 26.18.170.

Declaração

Certifico ou declaro sob pena de perjúrio, sob as leis do Estado de Washington, que as informações acima são verdadeiras e corretas.

Você tem de assinar esse formulário

DATA

MINHA ASSINATURA

CAIXA POSTAL OU ENDEREÇO

NOME DE MEU ADVOGADO OU REPRESENTANTE

MINHA CIDADE ESTADO CEP

ENDEREÇO DE MEU ADVOGADO OU REPRESENTANTE

() | ()
NÚMERO DE TELEFONE RESIDENCIAL NÚMERO DE CELULAR

CIDADE, ESTADO, CEP DE MEU ADVOGADO OU REPRESENTANTE

() | ()
NÚMERO DE TELEFONE COMERCIAL NÚMERO DE TELEFONE PARA MENSAGENS

()
NÚMERO DE TELEFONE DE MEU ADVOGADO OU REPRESENTANTE

()
NÚMERO DE FAX

MELHORES HORAS PARA CONTATO

NÚMERO PREFERENCIAL PARA A AUDIÊNCIA

Nenhum indivíduo pode ser discriminado para fins de emprego, serviços ou qualquer aspecto das atividades do programa devido à sua etnia, cor, nacionalidade, credo, religião, sexo, idade ou incapacidade. Este formulário está disponível em formatos alternativos mediante solicitação.