

## Ходатайство о внесении изменений в административное постановление

### Petition for Modification – Administrative Order

ПО ВОПРОСУ: \_\_\_\_\_ ) НОМЕР ДЕЛА: \_\_\_\_\_  
Родитель, проживающий отдельно от детей )  
\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Родитель-опекун )

#### Инструкции

Все ответы, за исключением своей подписи, пишите печатными буквами. Пользуйтесь синими или черными чернилами.

Положения раздела 388-14A-3925 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) требуют от вас:

1. указания предлагаемой (новой) суммы алиментов на содержание детей;
2. указания оснований для вашего ходатайства о внесении изменений;
3. подписания данного документа.

Вы должны заполнить и вернуть DCS документы, указанные на стр. 2 данной формы.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** В случае невыполнения вами всех действий, требуемых в связи с подачей данного ходатайства, судья по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) может его отклонить.

#### Ходатайство

Я, \_\_\_\_\_, прошу Отдел административных слушаний (Office of Administrative Hearings) дать Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) и вышеуказанным сторонам по данному делу распоряжение о явке на слушание для дачи объяснений того, почему в мое административное постановление о выплате алиментов на содержание детей не следует вносить изменений. Мое административное постановление о выплате алиментов на содержание детей было вынесено \_\_\_\_\_.

Я считаю что сумма текущих алиментов на содержание детей по данному делу должна составлять \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

Я считаю что в сумму текущих алиментов на содержание детей следует внести изменения по следующим основаниям:

---

---

---

---

---

---

---

---

**См. дополнительные требования и раздел для постановки подписи на стр. 2 и 3.**

## Удостоверения

Я понимаю, что:

1. DCS отклонит данное ходатайство в случае его несоответствия требованиям к внесению изменений в постановления, изложенным в разделе 74.20A.059 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (RCW).
2. Если в моем постановлении отсутствуют положения, обязывающие каждого родителя предоставлять ребенку (детям) медицинское страхование, при условии, что оно предлагается или будет предлагаться работодателем или профессиональным объединением и что его стоимость не превышает 25 процентов основных обязательств данного родителя по выплате алиментов на содержание детей, то DCS попросит ALJ о включении в мое постановление таких положений. Если ребенок (дети) имеют право на получение услуг системы медицинского обслуживания лиц индейского происхождения (Indian Health Services), то DCS считает вышеуказанное требование выполненным. При определенных обстоятельствах DCS может обеспечивать принудительное исполнение данного обязательства. Родитель, имеющий обязательства, должен в течение 20 дней с даты принятия окончательного постановления о выплате алиментов предоставить DCS свидетельство о страховом покрытии ребенка (детей). Если имеющий обязательства родитель не предоставит свидетельства о страховом покрытии, то от него (нее) может потребоваться выполнение требования о предоставлении медицинского страхования одним из следующих способов, в порядке очередности:
  - a. Путем предоставления или сохранения медицинского страхования за счет плана, предлагаемого родителю, имеющему обязательства, работодателем или профессиональным объединением, стоимостью, не превышающей 25 процентов основных обязательств данного родителя по выплате алиментов на содержание детей.Путем внесения родителем, имеющим обязательства, пропорциональной доли месячной стоимости страхования, выплачиваемой другим родителем за страховое покрытие ребенка (детей), в размере, не превышающем 25 процентов суммы основных обязательств данного родителя по выплате алиментов на содержание детей.
3. Я должен (на) запросить о конкретной сумме алиментов, указать основания для ходатайства о внесении изменений и подписать данный документ. В противном случае DCS не сможет рассмотреть мое ходатайство.
4. Я должен (на) представить в DCS следующие документы.
  - a. Настоящее ходатайство в заполненном виде.
  - b. Заполненные рабочие таблицы **Плана штата Вашингтон по расчёту алиментов на детей (Washington State Child Support Schedule worksheets)**.
  - c. Если я являюсь родителем ребёнка (детей), то подтверждение размера дохода (квитанции о зарплате, копии налоговых деклараций и др.).
5. Я должен (на) направить вышеназванные документы почтой по нижеуказанному адресу либо лично доставить их в отделение DCS, которое занимается моим делом.

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520
6. В случае непредоставления мною в DCS вышеназванных документов ALJ может отклонить мое ходатайство.
7. Я обязан(а) сообщать DCS об изменениях своего адреса.
8. Я обязан(а) сообщать DCS обо всех изменениях в страховом покрытии моего ребенка (детей).
9. DCS не представляет моих интересов или интересов противоположной стороны в деле о постановлении о выплате алиментов на содержание моего ребенка.
10. В случае моей неявки на назначенное слушание и неучастия в нем ALJ может отклонить мое ходатайство.
11. В случае неявки и неучастия в назначенном слушании противоположной стороны по данному делу ALJ может:
  - a. удовлетворить любой запрос отдела DCS или стороны, присутствующей на слушании, без дополнительного уведомления;
  - b. назначить размер алиментов выше или ниже суммы, указанной в настоящем ходатайстве.

**К сведению обоих родителей:**

ALJ может:

1. Обязать обоих родителей предоставлять ребенку (детям) медицинское страхование, при условии, что оно предлагается или будет предлагаться работодателем или профессиональным объединением и что его стоимость не превышает 25 процентов основных обязательств данного родителя по выплате алиментов на содержание детей.
2. Обязать обоих родителей выплачивать пропорциональную долю непокрываемых страховкой медицинских расходов, включая доплаты (сopayments) и франшизы (deductibles), а также ту часть пропорциональной доли стоимости медицинского страхования, которая не взыскивается с родителя посредством вручения **Извещения о сумме обязательств по выплате алиментов (Notice of Support Owed)**.
3. Дать DCS разрешение на выполнение, в указанном порядке очередности, следующих действий, в случае если родитель, обязанный предоставлять ребенку (детям) медицинское страхование, не предоставит свидетельства о доступном медицинском страховом покрытии:
  - a. Направить работодателю или в профобъединение уведомление, требующее от работодателя или профессионального объединения зачисления ребенка (детей) в план медицинского страхования, как это предусмотрено разделом 28.18.170(8) RCW.
  - b. Направить имеющему обязательства родителю уведомление, требующее от него / неё уплаты своей пропорциональной доли месячной стоимости страхования, выплачиваемой другим родителем за страховое покрытие ребенка (детей), в размере, не превышающем 25 процентов суммы основных обязательств данного родителя по выплате алиментов на содержание детей.
4. Дать DCS разрешение на принятие мер по обеспечению исполнения обязательств по оплате медицинских расходов и обеспечению медицинского страхования, предусмотренных RCW 26.18.170, в случае если родитель, имеющий такие обязательства, не зачислит ребёнка (детей) в доступный частный план медицинского страхования либо в план, предлагаемый работодателем или профобъединением родителя.

**Декларация**

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенное является правдивым и точным.

**Вы обязаны подписать настоящий документ.**

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
МОЯ ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_  
Р.О. П/Я ИЛИ НОМЕР ДОМА, НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ И НОМЕР КВАРТИРЫ

\_\_\_\_\_  
ИМЯ И ФАМИЛИЯ МОЕГО АДВОКАТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
МОЙ ГОРОД                      ШТАТ                      ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

\_\_\_\_\_  
АДРЕС (УЛИЦА И № ДОМА) МОЕГО АДВОКАТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(     )                      |                      (     )  
\_\_\_\_\_  
НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА    НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА

\_\_\_\_\_  
ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС МОЕГО АДВОКАТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(     )                      |                      (     )  
\_\_\_\_\_  
НОМЕР РАБОЧЕГО ТЕЛЕФОНА    НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СООБЩЕНИЙ

\_\_\_\_\_  
ТЕЛЕФОННЫЙ НОМЕР МОЕГО АДВОКАТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
НОМЕР ФАКСА

\_\_\_\_\_  
В КАКОЕ ВРЕМЯ МНЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ЗВОНИТЬ

\_\_\_\_\_  
ПО КАКОМУ ТЕЛЕФОНУ МНЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ЗВОНИТЬ ПО ВОПРОСАМ, СВЯЗАННЫМ СО СЛУШАНИЕМ

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.