STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

Molba za izmjenu – Upravno rješenje

Petition for Modification – Administrative Order

Poziv na broj:	)	BROJ PREDMETA:
Roditelj koji nema starateljstvo	)	
	)	
	)	
Roditelj staratelj	)	

Uputstva

Osim potpisa, sve odgovore pišite štampanim slovima. Koristite plavu ili crnu olovku.

WAC 388-14A-3925 od vas zahtijeva da:

1. Upišete predloženi (novi) iznos za podržavanje djece.
2. Navedete razlog svog zahtjeva za izmjenu.
3. Potpišete obrazac.

Morate popuniti i poslati nazad u DCS sve dokumente navedene na stranici 2 ovog obrasca.

NAPOMENA: Ako ne izvršite sve potrebne radnje iz ovog obrasca, sudac Upravnog suda može odbaciti ovu molbu.

Molba

Ja, _____, zahtijevam od Kancelarije za administrativna saslušanja da uputi DCS-u (Division of Child Support - Odjel za izdržavanje djece) i gore navedene stranke da se pojave i pokažu zašto moj administrativni nalog za podržavanje djece ne treba biti izmijenjen. Moj administrativni nalog za podržavanje djece donesen je _____.

Vjerujem da bi trenutni iznos za podržavanje djece za ovaj predmet trebao biti _____$ mjesečno.

Smatram da trenutni iznos za izdržavanja treba biti promijenjen zbog:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Pogledati stranice 2 i 3 za dodatne zahtjeve i odjeljak za vaš potpis.

Potvrda o prihvatanju

Razumijem da:

1. DCS će osporiti ovu molbu ako ne ispunjava kriterij za izmjenu naloga sadržanog u RCW 74.20A.059.
2. Ako moj nalog trenutno ne sadrži te odredbe, DCS će zatražiti od suca Upravnog suda da uključi te odredbe u moj nalog, zahtijevajući od oba roditelja da obezbijede pokriće zdravstavenog osiguranja za djecu ako je pokriće sada dostupno ili će postati dostupno kroz zaposlenje ili kroz sindikat, i premija zdravstvenog osiguranja ne premašuje 25 posto od roditeljeve osnovne obaveze za izdržavanje. DCS smatra ovaj zahtjev ispunjenim ako djeca ostvaruju pravo na Indian Health Services (Zdravstvene usluge za američke Indijance. DCS može da sprovede ovu obavezu pod izvjesnim okolnostima. Roditelj koji je pod obavezom mora obezbjediti DCS-u i drugom roditelju dokaz o pokriću za djecu u roku od 20 dana od datuma kada je donesen poslednji nalog za izdržavanje djeteta. Ako roditelj, koji je pod obavezom, ne obezbijedi dokaz o pokriću, od roditelja pod obavezom može biti traženo da ispuni obavezu obezbjeđivanja zdravstvenog osiguranja na jedan od sljedećih načina, po redu prioriteta:
   a. Obezbjeđivanje ili održavanje pokrića za zdravstveno osiguranje kroz zaposlenje ili sindikat roditelja koji je pod obavezom, po cijeni koja ne premašuje 25 posto osnovne obaveze izdržavanja od stranje roditelja pod obavezom.
   b. Doprinošenje obaveznom roditeljevom srazmjernom dijelu mjesečne premije koju plaća drugi roditelj za pokriće zdravstvenog osiguranja za djecu koja su imenovana u nalogu za izdržavanje, koja ne smije premašivati 25 posto obavezne, osnovne roditeljske obaveze za izdržavanje.
3. Moram zatražiti određen iznos izdržavanja za dijete, pružiti razlog za zahtijevanje izmjene i potpisati ovaj obrazac. Ako to ne učinim, DCS ne može obraditi moju molbu.
4. Moram podnijeti sljedeća dokumenta DCS-u.
   a. Ovim se molba kompletira.
   b. Popunjene radne liste ***Washington State Child Support Schedule***.
   c. **Ako sam ja roditelj djece,** dokaz o dohotku (platne liste, povrati poreza, itd).
5. Moram poštom poslati gore navedene dokumente na sljedeću adresu ili ih lično isporučiti u kancelariju DCS-a koja radi na mom predmetu.
   DIVISION OF CHILD SUPPORT
   PO BOX 11520
   TACOMA WA 98411-5520
6. Ako ne obezbijedim gore navedene dokumente za DCS, sudac Upravnog suda može odbaciti moju molbu.
7. Moram obavijestiti DCS ako promijenim adresu.
8. Moram obavijestiti DCS o svakoj promjeni u zdravstvenom osiguranju moje djece.
9. DCS ne predstavlja mene niti drugu stranku u mom nalogu za izdržavanje djece u ovoj žalbi.
10. Ako ne prisustvujem i ne učestvujem u zakazanom saslušanju, sudac Upravnog suda može odbaciti moju molbu.
11. Ako druga stranka u mom nalogu ne prisustvuje i ne učestvuje u zakazanom saslušanju, sudac Upravnog suda može:
    a. Ispuniti bilo koje zahtjeve postavljene od strane DCS-a ili prisutne stranke u predmetu bez prethodne obavijesti.
    b. Narediti iznos za izdržavanje koji je viši ili niži od iznosa predloženog u ovoj molbi.

Obavijest za oba roditelja

Sudac Upravnog suda može:

1. Naložiti roditeljima da obezbijede zdravstveno osiguranje za djecu ako je pokriće dostupno ili će postati dostupno kroz zaposlenje ili sindikat, a premija osiguranja ne premašuje 25 posto osnovnih roditeljskih obaveza za izdržavanje djeteta.
2. Narediti oboma roditeljima da plate srazmjeran dio neosiguranih medicinskih troškova, uključujući participacije, odbitke, i bilo koji dio srazmjernog dijela premije medicinskog osiguranja koji se ne sprovodi kroz uslugu ***Notice of Support Owed*** (Obavijest o iznosu duga za izdržavanje).
3. Narediti da, ako roditelj koji ima obavezu da obezbijedi pokriće za zdravstvenu zaštitu za djecu ne obezbeđuje dokaz za pokriće kojem se može pristupiti, DCS može da učini jedno sljedećeg, navedenog po redu prioriteta:
   a. Poslati obavijest poslodavcu ili sindikatu tražeći od poslodavca ili sindikata da upiše dijete u plan zdravstvenog osiguranja, kao što je opisano u RCW 28.18.170.

   b. Zvanično uputiti obavijest roditelju koji je pod obavezom, zahtijevajući od roditelja da plati svoj srazmjerni dio mjesečne premije koju plaća drugi roditelj za djecu, koji ne smije prekoračiti 25 posto osnovne obavezne roditeljske obaveze za izdržavanje djeteta.

4. Narediti da, ako roditelj koji je pod obavezom propusti da prijavi dijete za dostupno pokriće za zdravstveno osiguranje, ili pokriće dostupno kroz poslodavca ili sindikat roditelja, DCS može sprovesti obaveznu roditeljsku obavezu za medicinsku pomoć kako je predviđeno u RCW 26.18.170.

Izjava

Izjavljujem, pod prijetnjom kazne za lažni iskaz u skladu sa propisima države Vašington, da je sve gore navedeno istinito i tačno.

Morate potpisati ovaj obrazac

DATUM

MOJ POTPIS

P.O. POŠTANSKI PRETINAC ILI ADRESA ULICE

IME MOG ADVOKATA ILI ZASTUPNIKA

MOJ GRAD DRŽAVA ZIP CODE

ADRESA MOG ADVOKATA ILI ZASTUPNIKA

( ) BROJ KUĆNOG TELEFONA

( ) BROJ MOBILNOG TELEFONA

GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ MOG ADVOKATA ILI ZASTUPNIKA

( ) TELEFONSKI BROJ NA POSLU

( ) TELEFONSKI BROJ ZA PORUKE

( ) TELEFONSKI BROJ MOG ADVOKATA ILI ZASTUPNIKA

( ) BROJ TELEFAKSA

NABOLJE VRIJEME DA ME SE POZOVE

BROJ KOJI PREFERIRAM DA KORISTIM KAD SE RADI O SASLUŠANJU

Nijedna osoba neće biti diskriminisana zbog rase, boje kože, nacionalnog porijekla, vjerovanja, religije, pola, starosti ili umanjene tjelesne sposobnosti u pogledu zaposlenja, usluga, ili bilo kojeg aspekta aktivnosti programa. Ovaj obrazac je dostupan u različitim formatima shodno zahtjevu.