STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

면담 요청 서신 – 아동양육비 담당부서(DCS) 합당한 이유 판결

APPOINTMENT LETTER FOR DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)
GOOD CAUSE DETERMINATION

날짜: 수혜자 번호:

수신:

귀하,

귀하는 귀하의 아동양육비/의료보험료를 징수하기 위한 DCS의 요구를 도울 수 없다고 DSHS에 말씀하셨습니다. 이럴 경우 아이의 친부 확인 수립, 아동양육비 명령서 소송 제기 및/혹은 집행 또는 상대 부/모로 하여금 의료보험료를 지불케 할 수 있습니다.

귀하로부터 더 많은 정보를 얻을 필요가 있어서 아래 날짜에 귀하를 만나 아동양육비 및/혹은 의료보험료 소송을 중단해 달라는 귀하의 요청건을 의논하고자 합니다.

_____ _____ _____
주소 날짜 시간

이 시간에 오실 수 없으시면 _____까지 _____(으)로 전화를 걸어 해당 정보를 얻을 수 있는 또 다른 방법을 의논할 수 있도록 해 주십시오. 전화를 하지 않으시거나 약속 시간에 오지 않으시면 귀하의 신청을 기각할 것입니다.

아동양육비나 의료보험료 등을 징수할 경우 귀하나 귀하의 자녀(들)이 신체적/감정적으로 심하게 손상을 입을 수 있다는 것을 증명하시면 승인할 것입니다.

귀하의 신청을 뒷받침할 수 있는 정보를 제공해 주시기 바랍니다. 예를 들자면 다음 서류들을 가져오실 수 있습니다.

- 경찰 기록 문서(들)
- 의료 기록 문서(들)
- 법정 기록 문서(들)
- 가정폭력보호명령서(Domestic violence protection order)
- 목사, 친구, 친척, 이웃사람, 동료직원이 귀하의 위험 상황을 묘사한 서신
- 가정폭력 보호소로부터 받은 서신 혹은
- 가정폭력 상담원으로부터 받은 서신.

주: 상기에 예로 든 서류들이 없을 경우 약속 시간에 오셔서 귀하의 염려사항과 걱정을 묘사한 진술문을 작성하신 후 서명하시면 됩니다.

약속장소에서 할 수 있는 일

- 아동양육비/의료보험료를 징수할 경우 귀하나 귀하의 자녀(들)이 손상을 입을 수 있는 이유를 설명할 수 있습니다.
- 안전하게 지내는 데 필요한 다른 지원들을 말할 수 있습니다.

아동 양육비/의료보험료 징수를 할 경우 귀하나 아이(들)가 손상을 입을 수 있는 이유에 관해 정보를 제공하지 않을 경우에 발생하는 일

- 귀하의 신청은 기각될 것입니다. 그리고
- 귀하의 케이스는 아동양육비담당부서(DCS)에 회부되어 친부확인을 수립하거나 아동양육비/의료보험료 클레임 업무를 개시하게 됩니다.

당국의 결정에 동의하지 않을 경우

1. 지역의 보사부 사무처(CSO)에 전화하여 귀하의 케이스를 재심해 달라고 요청할 수 있습니다.
2. 서신을 받은지 90일 이내에 보사부 사무처(CSO)에 전화로 혹은 Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2489로 서신을 보내 심의회를 신청할 수 있습니다. 심의회를 신청하실 경우 DCS는 심의회에서 최종 판결이 날 때까지 귀하의 케이스 업무를 착수하지 않습니다.

   심의회에서는 변호사나 귀하가 선택한 다른 사람을 대동하거나 본인 스스로를 대변할 수 있습니다.

법률 조언이나 법률적인 제안을 받을 수 있는가?

주전역 법률 서비스 라인, 1-888-201-1014에 전화할 수 있습니다.