STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ПИСЬМО О НАЗНАЧЕНИИ ВСТРЕЧИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОСТАТОЧНОГО ОСНОВАНИЯ ОТДЕЛОМ ПО ВОПРОСАМ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

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

Дата: Номер клиента:

Кому:

Уважаемый (ая) ,

Вы сообщили в Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) о том, что Вы не можете помочь Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support) во взимании для Вас выплат на содержание ребенка и/или медицинскую помощь. Это может включать установление отцовства, выдачу и/или приведение в исполнение распоряжения о взыскании помощи либо принуждение другого родителя оплатить медицинскую страховку.

Нам нужно получить от Вас дополнительную информацию, поэтому я назначила следующую встречу для обсуждения Вашего запроса о прекращении всех действий по взиманию выплат на содержание ребенка и/или медицинскую помощь.

_____	_____	_____
АДРЕС	ДАТА	ВРЕМЯ

Если Вы не сможете прийти, пожалуйста, позвоните мне по телефону _____ до _____, чтобы обсудить другие возможные способы предоставления мне этой информации. Если Вы не позвоните и не придете на встречу, я отклоню Ваш запрос.

Я удовлетворю данный запрос, если Вы представите доказательства того, что взимание выплат на содержание ребенка и/или медицинскую помощь причинит серьезный физический или эмоциональный вред Вам или Вашему ребенку (детям).

Пожалуйста, возьмите с собой необходимые документы для обоснования своего запроса, например:

- протокол (ы) полиции;
- историю (и) болезни;
- протокол (ы) суда;
- распоряжение о защите от насилия в семье;
- письменное заявление священнослужителей, друзей, родственников, соседей, коллег по работе, в котором объясняется существующая опасность;
- письмо из приюта (ов) для жертв насилия в семье; или
- письмо от консультанта (ов) по вопросам насилия в семье.

ПРИМЕЧАНИЕ: На встрече Вы можете написать и подписать заявление, в котором изложите свои сомнения и опасения, если у Вас нет ни одного из вышеперечисленных документов.

О чем будет идти речь на этой встрече?

- Вы сможете объяснить, почему взимание выплат на содержание ребенка и/или медицинскую помощь может причинить вред Вам или Вашему ребенку (детям).
- Мы сможем обсудить другие виды помощи, которая, возможно, понадобится Вам для обеспечения Вашей безопасности.

Что произойдет в случае, если Вы не предоставите нам информацию, объясняющую, почему взимание выплат на содержание ребенка и/или медицинскую помощь может повредить Вам или Вашему ребенку (детям)?

- Ваш запрос будет отклонен и
- Ваше дело будет направлено в Отдел по вопросам помощи детям для установления отцовства или для открытия иска о взимании выплат на содержание ребенка или медицинскую помощь.

Как быть, если Вы не согласны с нашим решением?

1. Вы можете позвонить в местный Отдел социального обеспечения (Community Service Office) и попросить о пересмотре Вашего дела.
2. Вы можете позвонить в местный Отдел социального обеспечения или написать в Управление административных слушаний (Office of Administrative Hearings) по адресу PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489 в течение 90 дней и подать ходатайство о проведении слушания. Если Вы ходатайствуете о проведении слушания, отдел DCS не начнет работу по Вашему делу до тех пор, пока не будет вынесено окончательное решение.

   На слушании Вас может представлять адвокат или другое выбранное Вами лицо, либо Вы можете представлять себя самостоятельно.

Можете ли Вы получить юридическую консультацию или представителя?
Вы можете воспользоваться телефонной линией юридических услуг штата 1-888-201-1014.