

Fecha:

No. de Caso:

No. de Orden:

Manutención/Deudor:

Manutención /Guardian

Manutención Otro Padre:

R para una Revisión Administrativa para Orden de Manutención

Solicito una revisión administrativa y ajuste de mi orden de manutención, incluyendo las disposiciones de manutención médica y cualquier pago de atrasos, lo estipulado en el código administrativo de Ohio (OAC) reglas 5101:12-60-05 a 5101:12-60-05.6 por la siguiente razón (por favor marque la casilla correspondiente):

- Ha sido por lo menos **36 meses** desde la fecha de la orden de manutención.
- Hace menos de 36 meses desde la fecha de la orden de manutención más reciente, sin embargo, en la circunstancia ha producido un cambio, como se indica a continuación, que pueden exigir una revisión y ajuste a mi pedido actual. He adjuntado cualquier documentación requerida apoyando mi siguiente circunstancia cambiado a este formulario.

*****Fallo de comprobar la documentación que apoye su demanda, puede resultar en la negación de su solicitud*****

1. Se estableció la orden existente mediante un mínimo o una cantidad reducida de ingresos debido al desempleo o subempleo del deudor/Obligador en ese momento y el deudor/Obligador ya no está desempleado o subempleado **He adjuntado la documentación o información que sustente esta afirmación.**
2. I, o la otra parte está desempleado o laid off , que está más allá del control del deudor y ha continuado ininterrumpidamente durante treinta 30 días consecutivos. **He adjuntado documentación de desempleo o despido, incluyendo la prueba de que el desempleo o lay off está más allá del control del deudor.** Si la cantidad de la orden de manutención existentes se calculó con base en los ingresos anuales del deudor que se emplea en trabajos de temporada y esta petición se realiza porque esa parte es desempleado debido a la naturaleza del negocio estacional, no aceptará la solicitud bajo esta circunstancia por sí sola.
3. I, o la otra parte está desempleado debido a un cierre o despido masivo tal como se definen en el ajuste de los trabajadores y Ley de notificación de reentrenamiento (WARN), 29 u.s.c. §2101 et seq. La solicitud de revisión administrativa sólo podrá efectuarse después del último día del trabajador de empleo y **debe acompañarse con una copia de aviso del trabajador del despido o cierra de la planta** porcionado de conformidad con las disposiciones de la ley WARN.
4. I, o la parte es permanentemente discapacitado reduciendo su capacidad de obtener ingresos. **He adjuntado verificación de beneficios que está recibiendo por parte de discapacitados de la administración de Seguridad Social debido a la discapacidad o el diagnóstico completo del médico y la determinación de incapacidad permanente.**
5. I, o la otra parte está institucionalizada o encarcelada y no puede pagar la manutención para la duración de la minoría del niño e ingresos o recursos no están disponibles para el partido que pueda ser percibido o adjunta para apoyo. **He adjuntado la documentación de la institucionalización o el encarcelamiento y la incapacidad para prestar apoyo durante la minoría del niño.**

6. I, o la otra parte ha experimentado un incremento porcentual de treinta (30%) o disminución de los ingresos brutos o activos generadores, que **está más allá del control del deudor** y ha continuado durante un período de al menos seis 6 meses. **Ha adjuntado la documentación o información que sustente el incremento o disminución de ingresos para el período de 6 meses**

7. La orden de manutención no es conforme a las escalas de manutención de Ohio debido a la terminación o la emancipación de la obligación de manutención para un niño de una orden existente.

8. La otra parte y yo tenemos un hijo en común y quiero el niño añadido a la orden de manutención administrativas existente o deseo consolidar dos o más órdenes administrativa de manutención para los niños que tengo en común con la otra parte.

9. Quiero tener acceso a cobertura de seguro medico privado disponible para el niño. **He adjuntado documentación que respalde la afirmación de que es posible acceder a nuevo o mejorado privada salud seguro.** I, o la otra parte ha experimentado un aumento o disminución en el costo de la cobertura de seguro de salud privado ordenada o el cuidado de niños para el niño que se espera que resulte en un cambio de más de diez (10%) por ciento de la obligación de manutención basada en el cálculo actual de las escalas de manutención. **He adjuntado la documentación o información que sustente esta afirmación, incluyendo documentación que indica la diferencia de coste entre un plan familiar y el costo de un plan individual.**

11 El seguro de salud privado que actualmente se presta conformidad con la orden de manutención ya no es un costo razonable y accesible. He adjuntado documentación que apoye esta afirmación.

12. Soy deudor/Obligador y afirmo que mi ingreso bruto anual está por debajo de 150% del nivel federal de pobreza y no debo ser ordenado a pagar en efectivo la manutención médica por orden (las escalas federales de pobreza pueden encontrarse en <http://www.aspe.hhs.gov/poverty> o contactando la CSEA). **He adjuntado la documentación o información que sustente esta afirmación.**

13 Soy deudor/Obligador y soy un miembro de los servicios uniformados, quien ha sido llamado al servicio activo por un período de treinta 30 días o más. He marcado el cuadro, He adjuntado un poder militar para permitir que una persona designada para actuar en mi nombre en la revisión administrativa

14 Un pedido de ajuste temporal en virtud de la regla OAC 5101:12-60-05.2 emitió, término del deudor de servicio militar activo ha terminado y el deudor ha proporcionado a CSEA con documentación demostrando que el empleador del deudor ha violado el empleo de los servicios uniformados y la ley de derechos de recontractación, 38 U.S.C. 4301 a 4333

La ley de Ohio requiere que la CSEA local proporcionar servicios a todos los casos de manutención , incluyendo la revisión y ajuste de una orden de manutención. Sin embargo, un "caso de IV-D" es elegible para recibir servicios adicionales que no están disponibles a caso de "non IV-D". Si tienes un "caso de IV-D" puede contactar a CSEA para obtener información sobre cómo completar una solicitud de IV-D.

Dentro de 15 días de haber recibido su petición para una revisión administrativa y ajuste y adjunta la documentación necesaria, la CSEA revisará su solicitud y determinará si o no aceptar la solicitud. Si la solicitud es aceptada, se enviará una notificación de revisión y ajuste indicando la fecha de que la revisión se llevará a cabo a las dos partes. En orden para la CSEA pueda completar su revisión administrativa y ajuste, se le pedirá completar la notificación y adjuntar documentos justificativos de su información financiera actual, información de manutención médico y cualquier otra información pertinente a su situación para que nos aseguremos un cálculo preciso de manutención. Si su solicitud es denegada, la CSEA le notificará por correo.

Si se acepta su solicitud de revisión y está prevista una fecha de revisión, no podrá cancelar la revisión en o después de la fecha que está previsto. Tenga en cuenta que una revisión administrativa puede resultar en un aumento, disminución o ningún cambio en su actual manutención o orden médica.

PORFAVOR LISTE LOS DOCUMENTOS QUE A ADJUNTADO: _____

Porfavor proporcione su información de contacto acutal:

Dirección:

Firma

Email:

Fecha:

No. de Telefono :

Requesting a Review?

Aquí están algunos hechos sobre el proceso de revisión:

- Cada partido tiene **derecho** a solicitar un pedido de una revisión de manutención (a veces llamada una modificación) una vez cada treinta y seis meses (36) desde la fecha de la orden o tras el acontecimiento de una circunstancia especial como se indica en el adjunto JFS 01849 - **solicitar una revisión administrativa de la forma de la orden de manutención de niños, artículos 1-14.**
- Una vez que se acepta una solicitud de revisión por medio de CSEA, ambas partes se enviarán forma **JFS 07606 - Notificación Administrativa de Revisión de Ajustes** . Usted tendrá 45 días para completar y devolver el aviso; con sus verificaciones de ingresos y seguro de salud a la CSEA. Si usted no devuelve la forma **JFS 07606 - Notificación Administrativa de Revisión para Ajustes** . Pero completara y devolvera **la hoja de información de ajuste junto con JFS 01849 - Solicite una Revisión Administrativa de la Orden de Manutención** y proporcionar verificaciones de ingresos y seguros de salud, a **CSEA podrá elegir** para continuar con la revisión en su fecha programada sin completar **JFS 07606 – Notificación Administrativa de Revisión para Ajustes** y sus verificaciones.
- **Cancelación de la Revisión** - Si la parte requerida desea cancelar su revisión, **deberán hacerlo por escrito** antes de la fecha en que el examen está programado para llevarse a cabo.
- Ambas partes se requerirá presentar documentación relativa de sus ingresos y su disponibilidad de seguro medico privado. **Si no devuelve verificaciones junto con su declaración jurada puede resultar en ningún crédito .**
- Si eres la parte no solicitante y usted no devuelva su aviso o proporciona verificaciones, la revisión no será cancelada y la CSEA harán suposiciones razonables acerca de su ingreso.
- Todos las ordens de manutención seran revisadas y calculadas para obligaciones del seguro Medico. En el caso que un padre sin custodia es responsable de seguro medico y no proporciona esa cobertura, se evaluará un cargo médico efectivo a esa persona.
- **Consolidación -** **Si usted tiene más de un caso con la mismo persona CSEA evaluara y si es apropiado, se hará recomendación para consolidar sus casos con la misma persona en el número de orden más antiguo, junto con la recomendación de manutención revisado.** La consolidación es beneficiosa y eficiente para una orden administrativa de manutención y proporciona un tratamiento coherente para los niños que tiene en común con el mismo pala misma persona . No disminuir o aumentar la cantidad de manutención que se requiere pagar o recibir bajo las escalas, pero limitará confusión al reducir el número de ingresos retenciones, órdenes y órdenes médicas que usted tenga.
- Una vez la información sea colectada , CSEA revisará los ingresos/ ganancias de ambas partes y determinar si se justifica un cambio en la manutención o orden médica. **Por favor tenga en cuenta que un examen puede resultar en ninguna modificación al cambio de su pedido de manutención.**

Review Information Sheet

Su Nombre: _____ No. Seguro Soc: _____ No. de Caso de Sets.: _____

No. de Telefono : _____ Dirección Actual: - _____

Número de niños en su hogar: _____ Cuántos son sus hijos biológicos : _____ (copias de certificados de nacimiento)

Empleo Actual: _____ No. Telefono: _____ Fecha que comenzó a trabaja: _____

¿trabaja: tiempo completo : o tiempo parcial ; promedio de # horas trabajadas por semana: _____

Pago: cantidad/salario por hora: _____ por mes; Turno premium: _____; Pagos para la Union : _por mes _____

Frecuencia de pago: Semanal: cada dos semanas: Dos veces al mes (1st & 15th): Mensual:

Segundo Empleo (si es aplicable):: _____ No. de Telefono _____ Fecha que comenzó: _____

¿trabaja: tiempo completo: o tiempo parcial: ; promedio de # horas trabajadas por semana: _____

Pago: cantidad/salario por hora: _____ por mes; Turno Premium: _____; Pagos para la Union : _____ por mes

Frecuencia de pago: Semanal: cada dos semanas : Dos veces al mes (1st & 15th): Mensual:

Beneficios de Desempleo Recibidos: _____ Cantidad de Beneficio Mensual: _____ Fecha que comenzó: _____

Estoy desempleado y NO recivo nada de desempleo (por favor especificar cómo se mantiene: _____

Ha sido enarceldo: Si es así, especificar fechas de encarcelamiento : _____

¿recibe usted cualquier otro tipo de ingresos (SSD, SSI, SSA, BWC or pension)? _____ Si es asi, porfavor especifique tipo de beneficio _____

Si es así, cuánto tiene derecho a recibir cada mes : _____

¿Alguno de sus hijos esta recibiendo los pagos directamente de sus beneficios de seguro social?

Si es así, por favor, especifique el nombre y la cantidad mensual recibida por cada niño:

Nombre del Niño:

Cantidad Mensual pago directo:

Nombre del Niño:

Cantidad Mensual pago directo:

Nombre del Niño :

Cantidad Mensual pago directo:

Mi ultimo trabajo fue: _____

Fecha de empleo: _____ Cantidad pagada: _____ promedio de # horas trabajadas por semana: _____

Mi ocupación actual es: _____

Ultimo grado completado de secundaria: _____ Diploma o GED ganadas: _____

Colegio asistido: _____ Principales o comercio: _____ Grado obtenido: _____ Años asistio: _____

¿Tiene seguro de salud disponible para sus hijos? _____ ¿Si es así, estás ofreciendo seguros para ellos? _____ Si es asi, ¿cuánto te cobra tu empleador para cobertura individual y familiar? (proporcione una copia de las tarjeta de seguro medico)

Cobertura pagada por pago para soltero _____ Covertura pagada por pago para familia _____

¿Uated paga la manutención por medio de una orden de corte de un hijo no de esta orden en otro Estado? Si es asi, proporcionar comprobante:

Nombre del niñ _____ Pago mensual: pagado _____ Agencia ¿Estatal Pagada: _____

¿Usted paga gastos de guardería o cuidado para los niños de esta orden de manutención ?

Si es así, ¿cuánto paga por semana? _____ ¿ A Quién paga? _____

Completar el formulario y adjuntando las verificaciones necesarias, la CSEA puede optar para proceder a su examen sin el examen de la declaración jurada. Si desea cancelar su examen después de completar este formulario, debe hacerlo por escrito a la CSEA Condado de Lucas, antes de la fecha en que su examen está programado para llevarse a cabo.

***** Si necesita espacio adicional, por favor adjunte una hoja en blanco o escriba en la parte posterior *****