

EN EL JUZGADO DEL CONDADO \_\_\_\_\_, de OHIO  
División \_\_\_\_\_  
PROCEDIMIENTOS de FAMILIA

EN EL ASUNTO DE:

\_\_\_\_\_  
Un menor

\_\_\_\_\_  
Nombre

: N.º de caso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal

: Juez \_\_\_\_\_

Demandante

: Juez de  
Control de  
Garantías \_\_\_\_\_

contra

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal

Acusado/Demandante

**Instrucciones:** Este formulario se utiliza para solicitar un cambio en en monto de la pensión alimenticia de menores o en asuntos relativos a la pensión alimenticia. Debe presentarse con esta petición, una Solicitud de notificación (Formulario Uniforme de Relaciones de Familia - 28) y una Afidávit de ingresos y gastos (Formulario Uniforme de Relaciones de Familia - Afidávit 1).

**PETICIÓN PARA MODIFICAR EL MONTO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA DE MENORES, LA ASISTENCIA PARA EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS, EXENCIÓN DE IMPUESTOS U OTROS GASTOS RELACIONADOS CON LOS HIJOS MENORES, Y MEMORANDO DE APOYO**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), solicito que el juez modifique la orden en la que se me obliga a pagar pensión alimenticia de menores o me otorga el derecho a recibirla. Solicito que el Juez modifique la

**Corte Suprema de Ohio**

**Formulario Uniforme de Relaciones de Familia - 25**

**Formulario del tribunal de menores - 7**

**Petición para modificar el monto de la Pensión Alimenticia de Menores, la Asistencia para el pago de gastos médicos, Exención De Impuestos u Otros Gastos Relacionados**

**Con Los Hijos Menores, y Memorando de Apoyo**

**Aprobado conforme a la Norma Civil 84 de Ohio**

**y la regla 46 del tribunal de menores de Ohio**

**En vigor a partir de: 1/7/2013**

orden, bajo los siguientes términos: (marque todo lo que sea pertinente):

1.  El monto mensual a pagar por concepto de pensión alimenticia de menores. Solicito que el Juez modifique la orden, bajo los siguientes términos:

---

---

2.  La persona responsable de proveer seguro de salud para nuestros hijos. Solicito que el Juez modifique la orden, bajo los siguientes términos:

---

---

3.  El monto que tengo que pagar por concepto de gastos médicos no asegurados, en los que incurran mis hijos. Solicito que el Juez modifique la orden, bajo los siguientes términos:

---

---

4.  La persona que puede reclamar a nuestros hijos como dependientes, a efectos fiscales. Solicito que el Juez modifique la orden, bajo los siguientes términos:

---

---

5.  Otros gastos relacionados con mis hijos. Solicito que el Juez modifique la orden, bajo los siguientes términos:

---

---

6. Las circunstancias han cambiado desde la expedición de la orden actual. A continuación, explico dichas circunstancias, y cualquier otro motivo por el cual solicito el cambio.

---

---

---

7. Considero que los cambios que solicito favorecerán los intereses de los menores.

---

Su firma

---

Número de teléfono en el que el personal del juzgado pueda encontrarlo, o en el que se le puedan dejar mensajes