THE STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

TRIBUNAL DE FAMÍLIA
ONE DORRANCE PLAZA
PROVIDENCE, RHODE ISLAND 02903
TELEFONE: 401-458-3100 Fax: 401-458-3083

STATE OF RHODE ISLAND
PROVIDENCE, SC

TRIBUNAL DE FAMÍLIA

_____ N^{o}. DE PROTOCOLO _____
Réu

Contra

_____
Autora

PEDIDO DE MEDIDA LIMINAR EM NOME PRÓPRIO

Comparece aqui a Autora / Réu na questão mencionada acima e declara que por Sentença deste Tribunal em a Autora / Réu foi condenado a pagar a quantia de _____ por _____ .

Desde então aconteceu uma mudança substancial nas circunstâncias. RAZÃO PELA QUAL, a Autora / Réu requer que o mandado anterior sobre a pensão alimentícia seja modificado pelo motivo de que:

☐ Perda de emprego
☐ Trabalhando menos horas
☐ Autora fora dos Benefícios do Programa de Independência Familiar
☐ Deixou de haver interesse
☐ Não suspender a habilitação
☐ Restituir a habilitação
☐ Outros: Explique:

RHODE ISLAND DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS HUMANOS
EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA
DEPARTAMENTO JURÍDICO
77 DORRANCE STREET
PROVIDENCE, RI 02903-2288

_____
IMPRIMIR O NOME

_____
ASSINATURA DATA

_____
ENDEREÇO

O referido pedido será chamado para uma audiência perante o **Tribunal de Família, One Dorrance Plaza, Providence, Rhode Island** em _____às 09h00min da manhã na sala de audiências N^{o}. _____.

CERTIFICAÇÃO

Certifico que enviei pelo correio uma cópia do pedido incluso para as pessoas indicadas acima por carta registrada em __ _____.

_____ _____
ASSINATURA DATA

FCD-6