

## 건강 보험 지정에 관한 심리 요청 및 통지에 대한 정보 시트 및 지침

( 본 정보 시트를 법원 서기에게 송달하지 마십시오. )

귀하를 대리할 변호사가 없는 경우 이 지침에 따라 *건강 보험 지정에 관한 심리 요청 및 통지* (양식 FL-478) 를 작성하시기 바랍니다. 변호사가 있는 경우, 해당 변호사가 이 양식을 작성해야 합니다. 귀하는 고용주가 *건강 보험 보장 신청서 및 명령* (양식 FL-470) 또는 *국가 의료 부조 통지* (양식 OMB-0970-0222) 사본을 귀하에게 제공한 날로부터 **15 일 이내에 심리 요청 및 통지양식 및 첨부 문서를 법원 서기에게 제출해야 합니다.** 법원 서기의 주소는 건강 보험 보장 지정 명령에 대한 고등 법원 양식에 기재된 주소와 동일합니다. 지역 아동양육비이행관리원이 귀하의 사건에 관여하지 않는 경우, 귀하는 접수 수수료를 지불해야 할 수도 있습니다. 접수 수수료를 지불할 금전적 여유가 없는 경우, 법원은 이를 면제해줄 수 있지만, 먼저 몇 가지 양식을 작성하여 법원에 수수료 면제를 요청해야 합니다. 접수 수수료 및 접수 수수료 면제에 대한 자세한 내용은 해당 지역의 법원 서기나 가족법 집행관에게 문의하십시오.

**이 양식은 타이핑하거나 잉크로 정자체 기입해야 합니다.**

**앞 페이지, 첫 번째 상자, 양식 상단, 왼쪽.** 이 상자에 이름이 기재되어 있지 않은 경우 이름, 주소, 전화번호를 정자체로 기입하십시오.

**항목 1. a-b.** 심리 날짜를 받는 절차에 대해서는 법원 서기 사무실에 연락하여 문의해야 합니다.

**항목 2.** 법원을 통해 지역 아동양육비이행관리원 또는 다른 부모가 귀하의 급여 또는 수입으로부터 건강 보험료를 징수하지 못하게 하려면 이 상자에 체크 표시하십시오. 이 상자를 체크하면, 그 아래의 상자들 중 하나 이상에 체크 표시를 해야 합니다.

- a. *건강 보험 보장 신청서 및 명령* 또는 *국가 의료 부조 통지*에서 건강 보험료를 지불해야 하는 사람이 아닌 경우 이 상자에 체크 표시하십시오.
- b. 건강 보험 보장을 합리적인 비용으로 이용할 수 없다고 생각되는 경우 이 상자에 체크 표시하십시오.
- c. 건강 보험료와 소득 원천징수의 월별 지불액이 모든 출처에서 나오는 매월 총 순소득의 절반 이상이라고 생각되는 경우 이 상자에 체크 표시하십시오.
- d. 아동이 합법적 자립 연령에 도달했다고 생각되는 경우 이 상자에 체크 표시하십시오. 아동 이름을 기입하십시오.
- e. 건강 보험 보장 지정을 요청하는 신청서 제출일로부터 최소 15 일 전에 통지를 받지 못한 경우 이 상자에 체크 표시하십시오.
- f. 법원에서 건강 보험 유지를 명령하지 않은 경우 이 상자에 체크 표시하십시오.
- g. 아동에게 건강 보험을 제공했거나 제공할 예정이지만 직장 관련 보험이 아닌 경우 이 상자에 체크 표시하십시오. 이것은 다른 부모 또는 가족 구성원이 보험을 제공하거나, 아동이 다른 보험에 접근할 수 있음을 의미할 수 있습니다. MediCal 또는 Healthy Families 같은 정부 의료 부조 프로그램은 건강 보험 제공 의무를 충족시키지 못할 수도 있습니다. 더 자세한 정보가 필요한 경우, 카운티의 가족법 조정관 또는 지역 아동양육비이행관리원에 문의하십시오.
- h. 고용주의 보험 보장이 부적절하다고 판단되면 이 상자에 체크 표시하고 그 이유를 설명하십시오.
- i. 이 명령이 집행되어서는 안 될 다른 이유가 있는 경우 이 상자에 체크 표시하고 그 이유를 설명하십시오.

*건강 보험 지정에 관한 심리 요청 및 통지*에 날짜를 기입하고, 본인의 이름을 타이핑하거나 정자체로 기입하고, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 양식에 서명해야 합니다. 이 양식에 서명함으로써, 귀하가 제공한 정보가 사실이며 정확하다고 진술하게 됩니다. 또한 다른 당사자 또는 다른 당사자가 선임한 변호사의 이름과 주소를 괄호 안에 정자체로 기입하고, 각 당사자나 당사자가 선임한 변호사의 주소가 기재된 소인이 찍힌 봉투를 서기에게 제공하여 양식의 2 페이지에 있는 우편물 발송 증명을 작성해야 합니다. 양식의 2 페이지에 날짜를 기입하거나 서명하지 마십시오. 법원 서기에게 법원 날짜를 받는 방법에 대한 설명을 들을 수 있습니다.

**상황이 변경되고 현재 진행 중인 건강 보험 지정을 변경하기 위한 양식을 사용하는 경우가 아닌 한, 고용주로부터 *건강 보험 보장 신청서 및 명령* 또는 *국가 의료 부조 통지*를 받은 후 15 일 이내에 요청을 제기해야 합니다. 서기 사무실에서 직접 요청을 제출하거나 서기에게 우편으로 발송할 수 있습니다. 두 경우 모두 15 일 기한 내에 서기가 문서를 송달 받아야 합니다.**

이 양식에 대한 추가적인 지원이 필요한 경우, 해당 카운티의 변호사 또는 가족법 조정관에게 문의하십시오. 위 정보에 관한 질문이 있는 경우 가족법 조정관이 무료로 도와드릴 수 있습니다. 변호사 또는 가족법 조정관을 찾는 방법에 대한 자세한 내용은 캘리포니아 법원 온라인 자구책 센터를 참조하십시오 ([www.courts.ca.gov/selfhelp](http://www.courts.ca.gov/selfhelp)).

**주의: *건강 보험 보장 신청서 및 명령* (양식 FL-470) 또는 *국가 의료 부조 통지* (양식 OMB-0970-0222) 에 이의를 제기하는 경우에만 이 양식을 사용하여 심리를 요청할 수 있습니다. 이 양식은 귀하의 현재 양육 금액을 수정하지 않습니다. (FL-192 양식 2 페이지의 “아동 양육비 명령 변경에 대한 정보 시트” 를 참조하십시오.)**

이 양식인쇄
이 양식저장