

HOJA DE INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD Y AVISO DE AUDIENCIA SOBRE LA ASIGNACIÓN DE SEGURO MÉDICO

(No entregue esta hoja de información al secretario de la corte).

Siga las instrucciones para completar la *Solicitud y aviso de audiencia sobre la asignación de seguro médico* (formulario FL-478) si no tiene un abogado que lo represente. Si tiene un abogado, su abogado debe completar este formulario. Usted debe presentar el formulario de *Solicitud y aviso de audiencia* y los anexos al secretario del tribunal **dentro de los 15 días** después de la fecha en que su empleador le dio la copia de la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico* (formulario FL-470) o *Aviso nacional de apoyo médico* (formulario OMB-0970-0222). La dirección del secretario de la corte es la misma que se indica para la Corte Superior en la orden de asignación de cobertura de seguro médico. Si la oficina local de manutención de los hijos no está involucrada en el caso, es posible que tenga que pagar una cuota de presentación. Si no puede pagar la cuota de presentación, puede solicitar una exención de cuotas de la corte y es posible que la corte le exima de pagar la cuota de presentación. Para obtener más información sobre la cuota de presentación y la solicitud de exención de cuotas, comuníquese con el secretario de la corte o con el asistente de derecho de familia del condado.

ESTE FORMULARIO DEBE ESCRIBIRSE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE CON TINTA.

Primera página, primera casilla, inicio del formulario, lado izquierdo: en esta casilla escriba su nombre, dirección y número de teléfono si todavía no se encuentran ahí.

Punto 1: a–b. Debe comunicarse con la oficina del secretario de la corte para preguntarle sobre los procedimientos a seguir para conseguir una fecha de audiencia para esta solicitud.

Punto 2: Marque esta casilla si quiere que la corte le impida a la oficina local de manutención de los hijos o al otro padre cobrar la cuota del seguro médico de sus salarios o ingresos. Si marca esta casilla, debe marcar al menos una de las casillas que se encuentran a continuación.

- a. Marque esta casilla si usted no es la persona que debe pagar la cuota del seguro médico en la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico* o en el *Aviso nacional de apoyo médico*.
- b. Marque esta casilla si considera que la cobertura de seguro médico no se encuentra disponible a un precio razonable.
- c. Marque esta casilla si considera que la cuota del seguro médico sumada al pago mensual de cualquier orden de asignación de ingresos corresponde a más de la mitad de sus ingresos netos mensuales de todas las fuentes.
- d. Marque esta casilla si considera que los hijos han alcanzado la mayoría de edad para la emancipación. Complete con los nombres de sus hijos.
- e. Marque esta casilla si no se le notificó al menos 15 días antes de la fecha de presentación de la solicitud que se solicitaba una asignación de cobertura de seguro médico.
- f. Marque esta casilla si la corte no le ha ordenado mantener el seguro médico.
- g. Marque esta casilla si ya proporcionó o proporcionará seguro médico para sus hijos, pero no a través de la cobertura vinculada con su trabajo. Esto puede significar que el otro padre o miembro de la familia lo está proporcionando o que el niño tiene acceso a otro seguro. Tenga en cuenta que los programas gubernamentales de asistencia médica como MediCal o Healthy Families pueden no cumplir con su obligación de proporcionar un seguro médico. Si necesita más información, comuníquese con el asistente de derecho de familia o con la oficina local de manutención de los hijos.
- h. Marque esta casilla si considera que la opción de cobertura de su empleador es inapropiada y explique por qué.
- i. Marque esta casilla si tiene otra razón por la que esta orden no debería ser aplicada y explique por qué.

Debe escribir la fecha en esta *Solicitud y aviso de audiencia sobre la asignación de seguro médico*, escriba su nombre a máquina o en letra de molde y firme el formulario bajo pena de perjurio. Al firmar este formulario, usted declara que la información que proporcionó es verdadera y correcta. También debe completar el certificado de envío que se encuentra en la página 2 del formulario con el nombre y la dirección de las otras partes o de los abogados de las otras partes entre paréntesis, y debe proporcionarle al secretario un sobre sellado con la dirección de cada una de las partes o de los abogados de las partes. No escriba la fecha ni firme la página 2 del formulario. El secretario de la corte le explicará cómo conseguir una fecha en la corte.

Debe enviar su solicitud dentro de los 15 días después de recibir la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico* o el *Aviso nacional de apoyo médico* por parte de su empleador, a menos que ocurra un cambio de circunstancias y usted esté utilizando el formulario para cambiar una asignación de seguro médico actual. Puede presentar la solicitud en persona en la oficina del secretario o enviársela al secretario. En cualquier caso, el secretario debe recibirla dentro de un período de 15 días.

Si necesita ayuda adicional con este formulario, comuníquese con un abogado o con el asistente de derecho de familia del condado. El asistente de derecho de familia puede ayudarlo de manera gratuita con todas las preguntas que tenga sobre la información arriba. Para obtener más información sobre cómo contactar a un abogado o a un asistente de derecho de familia, ingrese al Centro de ayuda en línea de la corte de California en www.courts.ca.gov/selfhelp.

NOTA: si se opone a la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico* (formulario FL-470) o al *Aviso nacional de apoyo médico* (formulario OMB-0970-0222), use este formulario para solicitar una audiencia. Este formulario *no* modificará el monto actual de manutención para los hijos. (Consulte la “Hoja informativa sobre cómo cambiar una orden de manutención de los hijos” en la página 2 del formulario FL-192).