

TỜ THÔNG TIN VÀ HƯỚNG DẪN YÊU CẦU VÀ THÔNG BÁO VỀ PHIÊN XỬ LIÊN QUAN ĐẾN ÁN LỆNH TRẢ TIỀN BẢO HIỂM Y TẾ

(*Không cung cấp Tờ thông tin này cho thư ký tòa án.*)

Vui lòng làm theo các hướng dẫn này để hoàn thành *Yêu cầu và thông báo về phiên xử liên quan đến án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế* (mẫu FL-478) nếu quý vị không có luật sư đại diện. Nếu quý vị có luật sư thì luật sư sẽ hoàn thành biểu mẫu này. Quý vị phải nộp mẫu *Yêu cầu và Thông báo về Phiên xử* đã hoàn tất và tài liệu đính kèm cho thư ký tòa án **trong vòng 15 ngày** kể từ ngày công ty cung cấp cho quý vị bản sao *Đơn đề nghị và Án lệnh Bảo hiểm Y tế* (mẫu FL-470) hoặc *Thông báo Hỗ trợ Y tế Quốc gia* (mẫu OMB-0970-0222). Địa chỉ của thư ký tòa án giống như địa chỉ của tòa thượng thẩm in trên án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế. Nếu cơ quan bảo trợ trẻ em địa phương không liên quan đến vụ việc của quý vị, quý vị có thể phải trả phí nộp đơn. Nếu quý vị không đủ khả năng để trả phí nộp đơn, tòa án có thể miễn phí này, nhưng quý vị sẽ phải điền vào một số biểu mẫu và yêu cầu tòa án miễn phí này. Để biết thêm thông tin về lệ phí nộp đơn và miễn lệ phí nộp đơn, hãy liên hệ với thư ký tòa án hoặc nhân viên hỗ trợ luật gia đình tại quận của quý vị.

VUI LÒNG ĐIỀN BIỂU MẪU NÀY BẰNG CÁCH ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT HOA.

Trang đầu, ô đầu tiên, đầu biểu mẫu, bên trái: Ghi tên, địa chỉ và số điện thoại của quý vị trong ô này nếu ở đó chưa có thông tin.

Mục 1. a–b. Quý vị nên liên hệ với văn phòng thư ký tòa án để hỏi về các thủ tục để có được ngày diễn ra phiên xử cho yêu cầu này.

Mục 2. Tích vào ô này nếu quý vị muốn tòa án ngăn cơ quan bảo trợ trẻ em địa phương hoặc phụ huynh kia thu tiền bảo hiểm y tế từ tiền lương hoặc thu nhập của quý vị. Nếu quý vị chọn ô này, quý vị phải tích vào ít nhất một trong các ô bên dưới.

- Chọn ô này nếu quý vị không phải là người được yêu cầu thanh toán phí bảo hiểm y tế trong *Đơn đề nghị và Án lệnh Bảo hiểm Y tế* hoặc *Thông báo Hỗ trợ Y tế Quốc gia*.
- Tích vào ô này nếu quý vị tin rằng bảo hiểm y tế không được cung cấp ở mức phí hợp lý.
- Tích vào ô này nếu quý vị tin rằng phí bảo hiểm y tế cộng với khoản thanh toán hàng tháng trong bất kỳ án lệnh khấu trừ thu nhập nào chiếm hơn một nửa tổng thu nhập sau thuế của quý vị mỗi tháng từ tất cả các nguồn.
- Tích vào ô này nếu quý vị tin rằng trẻ đã đến tuổi không còn phải kiểm soát theo luật. Điền tên của trẻ.
- Tích vào ô này nếu quý vị đã không được thông báo ít nhất 15 ngày trước ngày nộp đơn rằng án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế sẽ được đưa ra.
- Tích vào ô này nếu tòa án không yêu cầu quý vị duy trì bảo hiểm y tế.
- Tích vào ô này nếu quý vị đã cung cấp hoặc sẽ cung cấp bảo hiểm y tế cho trẻ, nhưng không thông qua bảo hiểm liên quan đến công việc của quý vị. Điều này có thể có nghĩa là phụ huynh kia hoặc thành viên gia đình đang cung cấp, hoặc trẻ có thể quyền tiếp cận bảo hiểm khác. Lưu ý rằng các chương trình hỗ trợ y tế của chính phủ như MediCal hoặc Healthy Families có thể không đáp ứng nghĩa vụ cung cấp bảo hiểm y tế của quý vị. Nếu quý vị cần thêm thông tin, hãy liên hệ nhân viên hỗ trợ luật gia đình của quận hoặc cơ quan bảo trợ trẻ em địa phương.
- Tích vào ô này nếu quý vị tin rằng lựa chọn bảo hiểm của công ty quý vị không phù hợp và giải thích lý do.
- Tích vào ô này nếu quý vị có một số lý do khác dẫn đến không nên thi hành án lệnh này và giải thích lý do.

Quý vị phải ghi ngày vào *Yêu cầu và thông báo về phiên xử liên quan đến án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế* này, Đánh máy hoặc viết hoa tên quý vị, và ký vào mẫu đơn và chịu trách nhiệm trong trường hợp khai man. Khi quý vị ký vào mẫu này, quý vị xác nhận thông tin quý vị cung cấp là đúng và chính xác. Quý vị cũng phải hoàn thành chứng nhận gửi thư ở trang 2 của mẫu bằng cách viết hoa tên và địa chỉ của các bên khác hoặc luật sư cho các bên khác trong ngoặc đơn và cung cấp cho thư ký một phong bì có dán tem gửi cho mỗi bên hoặc luật sư các bên. Không đề ngày hoặc ký lên trang 2 của biểu mẫu. Thư ký tòa án sẽ giải thích cho quý vị làm thế nào để có được ngày xét xử.

Quý vị phải nộp yêu cầu của mình trong vòng 15 ngày kể từ khi nhận được *Đơn đề nghị và Án lệnh Bảo hiểm Y tế* hoặc *Thông báo Hỗ trợ Y tế Quốc gia* từ công ty, trừ khi có thay đổi hoàn cảnh và quý vị đang sử dụng biểu mẫu thay đổi án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế hiện thời. Quý vị có thể trực tiếp nộp yêu cầu của quý vị tại văn phòng thư ký hoặc gửi thư cho thư ký. Trong cả hai trường hợp, thư ký phải nhận được yêu cầu trong khoảng thời gian 15 ngày.

Nếu quý vị cần hỗ trợ thêm với biểu mẫu này, hãy liên hệ với luật sư hoặc nhân viên hỗ trợ luật gia đình tại quận của quý vị. Nhân viên hỗ trợ luật gia đình có thể hỗ trợ quý vị miễn phí về bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về thông tin trên. Để biết thêm thông tin về việc tìm luật sư hoặc nhân viên hỗ trợ luật gia đình, hãy truy cập Trung tâm Tự phục vụ Trực tuyến của Tòa án California tại www.courtinfo.ca.gov/selfhelp.

LƯU Ý: Sử dụng mẫu này để yêu cầu phiên xử nếu quý vị phản đối *Đơn đề nghị và Án lệnh Bảo hiểm Y tế* (mẫu FL-470) hoặc *Thông báo Hỗ trợ Y tế Quốc gia* (mẫu OMB-0970-0222). Biểu mẫu này sẽ không làm thay đổi số tiền cấp dưỡng nuôi con hiện tại của quý vị. (Xem “Tờ thông tin hướng dẫn Thay đổi Án lệnh Cấp dưỡng Nuôi con” trên trang 2 của mẫu FL-192.)