

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO (<i>nombre, núm. del Colegio de abogados estatal y dirección</i>): TELÉFONO: _____ FAX (<i>opcional</i>): _____ E-MAIL (<i>opcional</i>): _____ ABOGADO DE (<i>nombre</i>): _____	Solo para información No entregue a la corte
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (calle y número): _____ DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: _____ NOMBRE DE SUCURSAL: _____	
DEMANDANTE/QUERELLANTE: _____ DEMANDADO/ACUSADO: _____ OTRO PADRE: _____	
SOLICITUD Y AVISO DE AUDIENCIA SOBRE LA ASIGNACIÓN DE SEGURO MÉDICO	NÚMERO DE CASO: _____ No entregue a la corte

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)*, complete y presente este formulario al secretario de la corte para solicitar una audiencia. Este formulario no puede utilizarse para modificar 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).

1. Se realizará una audiencia sobre esta solicitud de acuerdo con los siguientes datos (*consulte las instrucciones para obtener una fecha de audiencia en el formulario FL-478-INFO*):

a. Fecha _____ Hora: _____ Departamento: _____ División: _____ Sala: _____

b. La dirección del tribunal es la misma que se encuentra arriba otra (*especifique*): _____

2. Solicito que se anule la entrega legal de la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico (formulario FL-470)* o del *Aviso nacional de apoyo médico (formulario OMB-0970-0222)* por las siguientes razones:

- a. No soy el obligado indicado en la *Solicitud y orden para la cobertura de seguro médico* o en el *Aviso nacional de apoyo médico*.
- b. La cobertura de seguro médico no se encuentra disponible a un precio razonable.
- c. La cuota de la cobertura de seguro médico sumada al pago mensual de cualquier orden de asignación de ingresos corresponde a más de la mitad de mis ingresos netos mensuales de todas las fuentes.
- d. Los siguientes hijos (*nombres*): _____ se encuentran emancipados.
- e. No se me 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. No se ha emitido ninguna orden para mantener el seguro médico.
- g. Los niños recibirán la cobertura de seguro médico, pero no a través de una cobertura vinculada al trabajo del padre (*explique*) _____
- h. La opción de cobertura del empleador es inapropiada (*explique*): _____
- i. Otro (*especifique*): _____

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Fecha: _____

(ESCRIBA MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA)



No entregue a la corte

(FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA)

DEMANDANTE/QUERELLANTE: DEMANDADO/ACUSADO: OTRO PADRE:	Solo para información	NÚMERO DE CASO: No entregue a la corte
--	-----------------------	---

AVISO PARA CASOS QUE INVOLUCRAN A LA OFICINA LOCAL DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS

La audiencia para este caso puede ser presidida por un comisionado de la corte. De acuerdo con la ley, los comisionados de la corte no tienen la autoridad de emitir órdenes y fallos finales en los casos disputados a menos que actúen en calidad de juez temporal. El comisionado de la corte en su caso actuará en calidad de juez temporal a menos que, *antes de la audiencia*, usted u otra parte se oponga. Si una parte se opone, el comisionado de la corte aún puede presidir la audiencia para hacer determinaciones y emitir una orden propuesta. Si a usted no le gusta la orden propuesta, tiene que oponerse dentro de 10 días de la corte por escrito, (use el Aviso de oposición (Gubernamental), (formulario FL-666); si no se opone, la orden propuesta se convertirá en una orden final de la corte.). Si se opone a la orden propuesta, un juez emitirá una orden temporal y programará una nueva audiencia.

CERTIFICADO DE ENVÍO DEL SECRETARIO

Certifico que no soy una parte en este caso y que una copia fiel de la *Solicitud y aviso de audiencia sobre la asignación de seguro médico* (formulario FL-478) se envió con franqueo totalmente pago en un sobre sellado y con la dirección que se indica abajo, y que la solicitud fue enviada por correo postal a (*lugar*): _____ el día (*fecha*): _____

Fecha: _____
 Secretario, por _____, Suplente



Solicitud de modificaciones

Están disponibles: sistemas para ayudarle a escuchar, sistemas computarizados que emiten subtítulos en tiempo real, o la ayuda de un intérprete del lenguaje de señas si los solicita al menos cinco días antes de la audiencia. Comuníquese con la oficina del secretario de la corte o vaya a: www.courts.ca.gov/forms para conseguir el formulario *Request for Accommodations by Persons with Disabilities and Response* (formulario MC-410). (Código Civil, sección 54.8).