

LUẬT SƯ HOẶC BÊN KHÔNG CÓ LUẬT SƯ (Tên, Số luật sư đoàn tiểu bang, và địa chỉ): SỐ ĐIỆN THOẠI: _____ SỐ FAX (Không bắt buộc): _____ ĐỊA CHỈ EMAIL (Không bắt buộc): _____ LUẬT SƯ ĐẠI DIỆN CHO (họ tên): _____	DÀNH RIÊNG CHO TÒA <h2 style="margin: 0;">Chỉ nhằm mục đích thông tin Không nộp lên tòa</h2>
TÒA THƯỢNG THẨM CALIFORNIA, QUẬN ĐỊA CHỈ: ĐỊA CHỈ GỬI THƯ: THÀNH PHỐ VÀ MÃ VÙNG: TÊN CHI NHÁNH:	
NGUYỄN ĐƠN: BỊ ĐƠN: PHỤ HUYNH KIA:	
YÊU CẦU VÀ THÔNG BÁO VỀ PHIÊN XỬ LIÊN QUAN ĐẾN ÁN LỆNH TRẢ TIỀN BẢO HIỂM Y TẾ	MÃ SỐ VỤ VIỆC: Không nộp lên tòa

LƯU Ý: 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), hãy điền và nộp đơn này cho thư ký tòa án để yêu cầu phiên xử. Không thể sử dụng biểu mẫu này để sửa 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.)

1. Phiên xử về đơn đề nghị này sẽ được tổ chức như sau (xem hướng dẫn để nhận được ngày điều trần trên mẫu FL-478-INFO):

a. Ngày: _____ Thời gian: _____ Ban: _____ Bộ phận: _____ Phòng: _____

b. Địa chỉ của tòa án giống như trên khác (ghi rõ): _____

2. Tôi yêu cầu hủy bỏ (không xem xét) dịch vụ 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) vì:
- a. Tôi không phải là người có nghĩa vụ nêu trong Đơn đề nghị và Án lệnh Bảo hiểm Y tế hoặc Thông báo Hỗ trợ Y tế Quốc gia.
 - b. Bảo hiểm y tế không được cung cấp ở mức phí hợp lý.
 - c. Phí bảo hiểm y tế cộng với khoản thanh toán hàng tháng trong bất kỳ án lệnh trả tiền thu nhập nào chiếm hơn một nửa tổng thu nhập sau thuế của tôi mỗi tháng từ tất cả các nguồn.
 - d. Những trẻ sau đây (tên): _____ không còn cần kiểm soát.
 - e. Tôi 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.
 - f. Không có án lệnh duy trì bảo hiểm y tế nào được ban hành.
 - g. Bảo hiểm y tế được hoặc sẽ được cung cấp cho trẻ, nhưng không thông qua bảo hiểm liên quan đến công việc của cha mẹ (giải thích): _____
 - h. Lựa chọn bảo hiểm của công ty là không phù hợp (giải thích): _____
 - i. Khác (ghi rõ): _____

Tôi tuyên bố và chịu trách nhiệm trong trường hợp khai man theo luật của Tiểu bang California rằng các thông tin trên đây là đúng và chính xác.

Ngày: _____

 ĐÁNH MÁY HOẶC VIẾT HOA TÊN NGƯỜI YÊU CẦU PHIÊN XỬ)

Không nộp lên tòa

 (CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI YÊU CẦU PHIÊN XỬ)

NGUYỄN ĐƠN: BỊ ĐƠN: Chỉ nhằm mục đích thông tin PHỤ HUYNH KIA:	MÃ SỐ VỤ VIỆC: Không nộp lên tòa
---	--

THÔNG BÁO CHO CÁC VỤ VIỆC LIÊN QUAN ĐẾN CƠ QUAN BẢO TRỢ TRẺ EM ĐỊA PHƯƠNG

Trường hợp này có thể được chuyển đến ủy viên tòa án cho phiên xử. Theo luật, các ủy viên tòa án không có thẩm quyền ban hành án lệnh và phán quyết cuối cùng trong các vụ việc đang tranh cãi trừ khi họ đóng vai trò là thẩm phán tạm thời. Ủy viên tòa án trong trường hợp của quý vị sẽ đóng vai trò là thẩm phán tạm thời trừ khi, *trước phiên xử*, quý vị hoặc bất kỳ bên nào phản đối ủy viên đóng vai trò thẩm phán tạm thời. Ủy viên tòa án vẫn có thể xét xử vụ án của quý vị để đưa ra kết luận và án lệnh đề xuất. Nếu quý vị không đồng ý với án lệnh đề nghị, quý vị phải phản đối án lệnh này trong vòng 10 ngày làm việc của tòa; nếu không, án lệnh đề nghị sẽ trở thành án lệnh cuối cùng của tòa án. Nếu quý vị phản đối án lệnh đề nghị, thẩm phán sẽ đưa ra án lệnh tạm thời và sắp xếp phiên xử mới.

CHỨNG NHẬN ĐÃ GỬI THƯ CỦA THƯ KÝ

Tôi xác nhận rằng tôi không phải là một bên của vụ kiện này và rằng bản sao chính xác của *Yêu cầu và thông báo về phiên xử liên quan đến án lệnh trả tiền bảo hiểm y tế* (mẫu FL-478) đã được gửi qua bưu điện, với phí bưu chính được trả trước đầy đủ, trong một phong bì dán kín đề địa chỉ dưới đây, và rằng yêu cầu đã được gửi qua thư tại (*địa điểm*): _____ vào (*ngày*): _____

Ngày:

Thư ký, bởi _____, Phó thư ký



Yêu cầu dịch vụ hỗ trợ

Hệ thống trợ thính, chú thích thời gian thực có sự trợ giúp của máy tính hoặc dịch vụ thông dịch ngôn ngữ ký hiệu được cung cấp nếu quý vị yêu cầu ít nhất năm ngày trước vụ xét xử. Hãy liên lạc với văn phòng thư ký hoặc truy cập www.courtinfo.ca.gov/forms để nhận mẫu *Yêu cầu Dịch vụ Hỗ trợ cho Người khuyết tật và Phản hồi* (mẫu MC-410). (Bộ luật Dân luật, § 54.8)