

《有关健康保险转让的听证申请和通知信息页》信息页和指示

《请勿将本信息页交给法院书记员。》

如果没有代理律师，请完成《有关健康保险转让的听证申请和通知》（表格 FL-478）。如果有代理律师，应由律师完成本表。您必须在雇主向您提供《健康保险申请和命令》（表格 FL-470）或《国家医疗支持告示》（表格 OMB-0970-0222）之日后的 **15 天内**，将填写完整的听证申请和通知及其附件交给法院书记员。法院书记员地址与健康保险转让令中的高等法院地址相同。如果您的案件中未涉及到本地子女抚养机构，您可能需要支付登记费。如果无能力承担登记费，法院可能会免除此笔费用，但您必须先填写一些表格，然后提交法院以免除费用。关于登记费以及费用免除的更多信息，请联系法院书记员或所在地的家庭律师调解员。

本表必须以键入或油墨印刷的方式填写。

首页表格顶部左侧第一个方框：如果尚未打印，请在该方框内打印您的姓名、地址和电话号码。

项目 1、a-b. 您应联系法院书记员办公室，询问获得该动议审理日期的程序。

项目 2、 如果想让法院阻止本地子女抚养机构或另一位父母从您的工资或收入中收取健康保险费，请勾选该方框。如果勾选该方框，至少须选中其下面的一个方框。

- a. 如果您不是《健康保险申请和命令》或《国家医疗支持告示》中需要支付健康保险费的人，请勾选该方框。
- b. 如果认为无法以合理费用办理健康保险，请勾选该方框。
- c. 如果认为健康保险费以及收入扣缴令中的每月付款额超出了您每月所有净收入来源的一半，请勾选该方框。
- d. 如果认为子女达到了法定的经济独立年龄，请勾选该方框。填写子女姓名。
- e. 如果您在申请提交之日前至少 15 天未收到寻求转让健康保险的通知，请勾选该方框。
- f. 如果法院未下令您保持健康保险，请勾选该方框。
- g. 如果您直接为子女提供或将要提供健康保险，而非通过自己工作相关保险进行办理，请勾选该方框。这可能意味着，另一位父母或家庭成员提供了其他保险，或者子女可以获取其他保险。注意，诸如 MediCal 医疗保险或健康家庭计划之类的政府医疗援助计划可能无法履行提供健康保险的责任。如需更多信息，请联系所在地的家庭法律调解员或本地子女抚养机构。
- h. 如果您认为雇主选择的保险不适合，请勾选该方框，并说明原因。
- i. 如果您还有其他原因认为不应执行该命令，请勾选该方框，并说明原因。

您必须在《有关健康保险转让的听证申请和通知》上注明日期，键入或打印姓名，并在伪证罪处罚下签字。在本表格上签字时，表示所提供的信息属实。此外还必须完成本表第 2 页中的邮寄证明，打印括号中的其他当事人或其辩护律师的姓名和地址，并向书记员提供一个发送至各当事人或其辩护律师的盖章信封。请勿在本表第 2 页中注明日期或签字。法院书记员会向您说明如何获得庭审日期。

您必须在从雇主处收到《健康保险申请和命令》或《国家医疗支持告示》之后的 15 天内提交申请，除非情况出现变化，且您使用本表变更当前的健康保险转让。您可以亲自将申请提交至书记员办公室，或邮寄给书记员。不管在任何一种情况下，书记员都必须在 15 天内收到申请。

如果需要通过本表获得更多帮助，请联系辩护律师或所在地的家庭律师调解员。家庭律师调解员可免费帮您回答您对上述信息产生的任何问题。关于寻找律师或家庭法律调解员的更多信息，请参见 www.courtinfo.ca.gov/selfhelp 中的“加州法院线上自助中心”。

注意：只有对《健康保险申请和命令》（表格 FL-470）或《国家医疗支持告示》（表格 OMB-0970-0222）产生异议时，方可利用本表请求举行听证会。本表不得用于修改当前的抚养费金额。（参见表格 FL-192 第 2 页中的“变更子女抚养费令信息页”）。