

정부 기관 (Family Code, § 17400, 17406에서 말하는):

☐ 기록 요청자, 기록을 발송할 곳:

전화번호:

팩스 번호(선택 사항):

이메일 주소:

캘리포니아 주 상급 법원, 소재 카운티

주소:

우편 주소:

시 및 우편번호:

지원 이름:

기록자 전용

신청인:

피상고인:

다른 부모/당사자:

법원 전용

양육비 지급 관련 고지

☐ 지정된 양육비 고지☐ 수령인 변경

정보 제공 전용
법원에 제출하지 마십시오

본 양식에 대한 정보

- 이 양식은 지역 아동 지원 기관이 본 사건의 양육비 명령을 집행하고 있는지 여부를 부모와 법원에 알리는 데 사용됩니다.
- 본 양식에 대한 자세한 정보는 정보 시트: *Notice Regarding Payment of Support* ([FL-632-INFO](#)) 양식을 참조하시기 바랍니다.

사건 번호:

법원에 제출하지 마십시오

1. a. 양육비 지급 명령을 받은 부모는: ☐ 신청인 ☐ 피상고인 ☐ 다른 부모/당사자
(이름과 주소 기입):

b. 양육비 수령 명령을 받은 부모는: ☐ 신청인 ☐ 피상고인 ☐ 다른 부모/당사자
(이름과 주소 기입, 부모가 수령인인 경우):

2. ☐ 변경된 수령인은:

a. ☐ 지역 아동 지원 기관 (이름과 주소 기입):

b. ☐ 기타 (이름과 주소 기입):

법원 서기에게 알림:

3b 항목에 체크 표시가 된 경우, 자녀 양육비 담당관이 심리해서는 안 됩니다.

다음 사항은 예외적인 상황으로 인해 자녀 양육비 담당관을 이용할 수 없는 경우를 제외하고는, 자녀 양육비 담당관이 심리해야 합니다(Fam. Code, § 4250-4252): 3a(1) 항목에 체크된 경우, 현재 진행 중인 자녀 양육비 변경 요청; 3a(2) 또는 3a(3) 항목에 체크된 경우, 과거 양육비 (미지급액) 결정 요청; 3a(4) 항목에 체크된 경우, 의료비 지원 관련 요청.

신청인: 피상고인: 다른 부모/당사자:	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오
-----------------------------	--------------------------------

3. a. ☐ 지역 아동 지원 기관은 본 사건에서 다음과 같은 집행 서비스를 제공하고 있습니다 (해당하는 모든 항목에 체크하십시오):

- (1) ☐ 현재 양육비
 (2) ☐ 1b 항목에 명시된 부모에게 지급되어야 할 과거 양육비(미지급액)
 (3) ☐ 카운티에서 지급한 공공 지원금에 대한 과거 양육비(미지급액)
 (4) ☐ 의료 지원금

b. ☐ 지역 아동 지원 기관은 본 사건에서 더 이상 어떠한 집행 서비스도 제공하지 않습니다.

4. 모든 지급은 다음과 같이 이루어져야 합니다:

a. 소득 압류 명령에 의해 징수된 금액은 다음 주소로 보내야 합니다:

California State Disbursement Unit, P.O. Box 989067, West Sacramento, CA 95798-9067.

b. **소득 압류 지급액** 외의 모든 지급액은 다음으로 보내야 합니다 (해당하는 항목에 모두 표시):

지원 유형	4a 항목에 있는 California State Disbursement Unit	1b 항목에 나열된 사 람
현재 양육비	☐	☐
1b 항목에 명시된 사람에게 지급되어야 할 과거 양육비(미지급액)	☐	☐
카운티에서 지급한 공공 지원금에 대한 과거 양육비(미지급액)	☐	☐
기타 (자세히):	☐	☐

5. ☐ 부모 중 한 명이 자녀에 대한 공공 지원금을 신청하여 수령했습니다. 이는 캘리포니아 법률에 따라 공공 지원금이 지급되는 동안 그들이 양육비를 받을 권리를 (양도하여) 다음 카운티에 넘겼다는 의미입니다 (자세히 기입):

6. 유치권자에게 통지를 해야 하거나 할 수 있는 경우, 변경된 수령인에게 연락해야 합니다. 양육비 판결 또는 양육비 판결 고지서의 요약본이 다음과 같이 기록되었습니다:

카운티 기록 일자 문서 번호 책 번호 페이지 번호

날짜:



정보 제공 전용

(이름을 타자하거나 정자로 기재하십시오)

(서명)

신청인: 피상고인: 다른 부모/당사자:	사건 번호: 법원에 제출하지 마십시오
-----------------------------	--------------------------------

본 증명서를 작성하는 공증인 또는 기타 공무원은 본 증명서가 첨부된 문서에 서명한 개인의 신원만을 확인하며, 해당 문서의 진실성, 정확성 또는 유효성은 확인하지 않습니다.

알림:
본 양식이 지역 아동 지원 기관에 의해 기록될 때는 공증이 필요하지 않습니다.

공증
(본 양식을 지역 아동 지원 기관 외의 개인 또는 단체가
기록할 경우 작성해야 합니다.)

캘리포니아 주
카운티

날짜 , 본인 앞에, (공무원의 이름과 직위 기재)
직접 출석하여 ,

만족스러운 증거에 기반하여 본 증서에 서명한 본인임을 증명하였고,
본인이 권한 있는 자격으로 본 증서를 작성하였으며, 증서에 있는 본인의 서명으로 본인 또는 본인이 대리한 단체가
본 증서를 작성하였음을 본인에게 인정하였습니다.

본인은 위에 기술된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 증명하며, 그렇지 않은 경우에는 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌을 받을 것입니다.

본인의 서명과 공인을 증명합니다.

(공증인 서명)