

**CONFIDENTIAL PARTY
INFORMATION
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
SOBRE LAS PARTES**

IN THE DISTRICT COURT OF _____ COUNTY, NEBRASKA
(county where original action was filed) (condado donde se entabló la acción original)
EN LA CORTE DE DISTRITO DEL CONDADO DE (), NEBRASKA

Case No. CI/ Caso No. CI

_____,
(name of person listed as plaintiff in original action)
(nombre de persona mencionada como demandante en acción original)
Plaintiff **Demandante**

(case number assigned by Clerk of Court)
(número de caso asignado por Secretario de la Corte)

Vs.

_____,
(name of person listed as defendant in original action)
(nombre de persona mencionada como demandado en acción original)
Defendant. **Demandado**

**CONFIDENTIAL PARTY INFORMATION
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE
LAS PARTES**

Plaintiff/ Demandante

Name/ Nombre _____
(plaintiff's first, middle and last names) (primer nombre, segundo nombre y apellidos de demandante)

Address/ Domicilio _____
(street, city, state, and zip code) (calle, ciudad, estado, y código postal)

Phone number/ Número de teléfono _____
(area code and phone number) (código de área y número de teléfono)

Employer/ Empleador: _____
(name and address of plaintiff's employer) (nombre y dirección de empleador de demandante)

Health insurance policy information (if provided through employer)
Información sobre póliza de seguro médico (si es provisto por empleador)

(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is available to minor children)
(incluya nombre de compañía, número de póliza, dirección a donde enviar reclamos, y si el seguro está disponible o no para los hijos menores de edad)

Defendant/ Demandado

Name/ Nombre _____

(plaintiff's first, middle and last names) (primer nombre, segundo nombre y apellidos de demandado)

Address/ Domicilio _____

(street, city, state, and zip code) (calle, ciudad, estado, y código postal)

Phone number/ _____

Número de teléfono

(area code and phone number) (código de área y número de teléfono)

Employer/ Empleador: _____

(name and address of plaintiff's employer) (nombre y dirección de empleador de demandante)

Health insurance policy information (if provided through employer)

Información sobre póliza de seguro médico (si es provisto por empleador)

(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is available to minor children)

(incluya nombre de compañía, número de póliza, dirección a donde enviar reclamos, y si el seguro está disponible o no para los hijos menores de edad)

Person providing information/ Persona proporcionando información:

Signature

Firma

Date

Fecha:

Name

Nombre

Street Address/P.O. Box

Calle y número de domicilio /Apartado Postal del curador

Bar Number and Firm Name (attorneys only)

Cédula Profesional y nombre de Bufete
(abogados solamente)

City/State/ZIP Code

Ciudad/Estado/Código Postal

Phone

Número Telefónico

E-mail Address

Correo electrónico del