Nebraska State Court Form
DC 6:5.11 Rev. 06/2019
Neb. Rev. Stat. § 42-364.13,
Neb. Ct. R. § 4-215

You must complete this form in English.
Debe completar este formulario en inglés.

IN THE DISTRICT COURT OF _____ COUNTY, NEBRASKA
Choose the county

EN EL TRIBUNAL DE DISTRITO DEL CONDADO DE_____, NEBRASKA

_____,
(name of plaintiff on original action)
(nombre del Demandante en la ción original)
Plaintiff/Demandante,

vs.

_____,
(name of defendant on original action)
(nombre del Demandante en la acción original)
Defendant/ Demandado.

Case No. CI _____
(case number assigned by clerk of court)
Núm. del CASO
(número de caso asignado por el Secretario de la Corte)

CONFIDENTIAL EMPLOYMENT AND HEALTH INSURANCE INFORMATION
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SEGURO DE SALUD Y EMPLEO

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)

_____
_____
_____
_____

Continued on next page.

Defendant/Demandado:

Name/Nombre: _____
(defendant'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:_____ Date:_____
Firma Fecha

Printed Name: _____
Nombre (Impreso)

Street Address/P.O. Box:_____
Calle y número de domicilio /Apartado Postal del curador

City/State/ZIP Code:_____
Ciudad/Estado/Código Postal

Telephone Number: _____
Número Telefónico

Email Address: _____
Correo electrónico del

If completed by an attorney:
Bar Number: _____
Si lo completa un abogado:
Número de cédula: