

This form must be completed in English
Biểu mẫu này phải được hoàn thành bằng Tiếng Anh

TẠI TÒA ÁN KHU VỰC CỦA QUẬN/HẠT(), NEBRASKA

_____, Case No. CI _____
(name of person listed as plaintiff in original action) (case number assigned by clerk of court)
(tên người được ghi là nguyên đơn trong đơn khởi
tổ đầu tiên) **Số Hồ Sơ CI**

Plaintiff/Nguyên Đơn,

(Số được chỉ định bởi Lục Sự
Tòa Án)

vs./**kiện**

_____,
(name of person listed as defendant in original action)
(tên người được ghi là bị đơn trong
đơn khởi tổ đầu tiên)

Defendant/ Bị Đơn

**CONFIDENTIAL
PARTY INFORMATION
THÔNG TIN BẢO MẬT
CỦA ĐƯƠNG SỰ**

Plaintiff/Nguyên Đơn:

Name/Tên họ: _____

(plaintiff's first, middle and last names) (tên, chữ lót và họ của nguyên đơn)

Address/Địa chỉ: _____
(street, city, state, and ZIP code) (tên đường, thành phố, tiểu bang và mã zip)

Phone number/Số điện thoại: _____
(area code and phone number) (mã vùng và số điện thoại)

Employer/Hãng làm: (Nơi làm việc): _____

(name and address of plaintiff's employer) (tên và địa chỉ của hãng làm của nguyên đơn)

Health insurance policy information (if provided through employer):

Thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe (nếu được chủ nhân cấp thông qua hãng làm)

(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is
available to minor children) (bao gồm tên hãng bảo hiểm, số hợp đồng, địa chỉ nơi nộp đơn xin
bào trả, và chương trình có bảo hiểm cho các trẻ dưới tuổi vị thành niên hay không)

Continued on next page.

Defendant/Bị Đơn:

Name/Tên họ: _____

(defendant's first, middle and last names) (tên, chữ lót và họ của bị đơn)

Address/Địa chỉ: _____

(street, city, state, and ZIP code) (tên đường, thành phố, tiểu bang và mã zip)

Phone number/Số điện thoại: _____

(area code and phone number) (mã vùng và số điện thoại)

Employer/Hãng làm: _____

(name and address of plaintiff's employer) (tên và địa chỉ của hãng làm của bị đơn)

Health insurance policy information (if provided through employer): **Thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe** (nếu được chủ nhân cấp. thông qua hãng làm)

(include name of company, policy number, address to submit claims, and whether insurance is available to minor children) (bao gồm tên hãng bảo hiểm, số hợp đồng, địa chỉ nơi nộp đơn xin bảo trả, và chương trình có bảo hiểm cho các trẻ dưới tuổi vị thành niên hay không)

Person providing information/ **Người khai thông tin:**

Signature: _____

Chữ ký

Date: _____

Ngày:

Printed Name: _____

Nguyên đơn (viết chữ in hoa)

Street Address/P.O. Box: _____

Địa chỉ (số nhà và tên đường)

City/State/ZIP Code: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã zip

Telephone Number: _____

Số điện thoại

Email Address: _____

Địa chỉ email

If completed by an attorney:

Bar Number: _____

Nếu được hoàn thành bởi một luật sư:

Số thanh: