

IN THE DISTRICT COURT OF _____ COUNTY, NEBRASKA

(county where original action was filed)
(quận/hạt nơi nộp đơn khởi tố đầu tiên)

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

(name of person listed as plaintiff in original action)
(tên người được ghi là nguyên đơn trong đơn khởi tố đầu tiên)

Plaintiff, Nguyễn Đơn,

vs. **chống**

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

Defendant, Bị Đơn

Case No. CI/ Số Hồ Sơ CI

(case number assigned by Clerk of Court)
(Số được chỉ định bởi Lục Sự Tòa Án)

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

Plaintiff/ Nguyễn 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 bảo trả, và chương trình có bảo hiểm cho các trẻ dưới tuổi vị thành niên hay không)

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 defendant'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:

(your first, middle and last names) (tên, chữ lót và họ)

Date: Ngày: _____

Confidential Party Information, DC 6:5(11)