

# INSTRUCTIONS FOR FILLING OUT CONFIDENTIAL PARTY INFORMATION INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LAS PARTES

**All forms must be completed in English.**  
**Todos los formularios deben de completarse en inglés.**

This form is required by Nebraska Statute 42-364.13. Complete the following form and submit it to the Clerk of the District Court when you file a case. If the information changes before all child support and court costs are paid, you must provide the Clerk with the updated information by filing this form again. Failure to provide or update your personal information while you are under a court order may be punishable by contempt. Both the plaintiff and the defendant are required to furnish the Clerk of the District Court all of the information required by this form.

Este formulario es requerido por el Estatuto de Nebraska 42-364.13. Complete el siguiente formulario y envíelo al Secretario de la Corte de Distrito cuando radique un caso. Si la información cambia antes de que se paguen todos los costos de manutención de menores y de corte, tiene que llenar este formulario de nuevo para proporcionarle la información actualizada al Secretario. De no proporcionar o actualizar su información personal cuando esté bajo orden judicial, se le podrá imponer cargos de desacato. Se les requiere al demandante y al demandado que le proporcionen al Secretario de la Corte de Distrito toda la información requerida por este formulario.

## HEADING/ ENCABEZADO

- Enter name of the county where the original divorce, legal separation, paternity, or other child support action was filed.  
Escriba el nombre del condado donde se entabló la acción original de divorcio, separación legal, paternidad u otra acción de manutención de menores.
- Enter the first, middle, and last names of the person who was listed as the plaintiff in the original action.  
Escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos de la persona que se menciona como el demandante en la acción original.
- Enter the first, middle, and last names of the person who was listed as the defendant in the original action  
Escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos de la persona que se menciona como el demandado en la acción original.
- The Clerk of the District Court assigned a case number when the original action was filed. You must include that case number on any papers you file.  
El Secretario de la Corte de Distrito le asignó un número de caso cuando se radicó la acción original. Usted tiene que incluir ese número del caso en todos los documentos que registre.

The diagram shows a form with the following text and fields:

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 acción original)  
Plaintiff/Demandante.

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

vs.

(name of defendant on original action)  
(nombre del Demandante en la acción original)

**CONFIDENTIAL  
EMPLOYMENT AND  
HEALTH INSURANCE  
INFORMATION**

Callout 'a' points to the county name field. Callout 'b' points to the plaintiff name field. Callout 'c' points to the defendant name field. Callout 'd' points to the case number field.

## BODY OF FORM/ CONTENIDO DE FORMULARIO

### e. **Plaintiff/ Demandante**

Under the section entitled Plaintiff, enter the information requested, including the plaintiff's name, address, and telephone number, and the plaintiff's employer's name and address. If the plaintiff has health insurance available through an employer, provide information on the policy, including name of health insurance company, policy number, address where claims are to be submitted, and whether or not the insurance is available to minor children. **Bajo la sección titulada Demandante, anote la información solicitada, incluyendo el nombre, dirección y teléfono del demandante, y el nombre y dirección del empleador de éste. Si el demandante tiene disponible seguro médico a través de un empleador, proporcione información sobre la póliza, incluyendo el nombre de la compañía de seguro médico, el número de la póliza, dirección a donde se deben enviar los reclamos, y si es que el seguro está disponible o no a los hijos menores de edad.**

e.

**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)

\_\_\_\_\_

### f. **Defendant/ Demandado**

Under the section entitled Defendant, enter the information requested, including the defendant's name, address, and telephone number, and the defendant's employer's name and address. If the defendant has health insurance available through an employer, provide information on the policy, including name of health insurance company, policy number, address where claims are to be submitted, and whether or not the insurance is available to minor children.

**Bajo la sección titulada Demandado, anote la información solicitada, incluyendo el nombre, dirección y teléfono del demandado, y el nombre y dirección del empleador de éste. Si el demandado tiene disponible seguro médico a través de un empleador, proporcione información sobre la póliza, incluyendo el nombre de la compañía de seguro médico, el número de la póliza, dirección a donde se deben enviar los reclamos, y si es que el seguro está disponible o no a los hijos menores de edad.**

**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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FINAL SIGNATURE/ FIRMA FINAL**

- a. On the first line sign your first, middle, and last names.  
 En la primera línea, escriba en letra de molde su nombre de pila, segundo nombre, y apellidos.
- b. Enter the date./Introduzca la fecha.
- c. Print your first, middle, and last names.  
 En la segunda línea, escriba su nombre de pila, segundo nombre, y apellidos.
- d. Enter your full street address.  
 En la tercera línea, escriba la calle y número de su domicilio.
- e. Enter your city, state, and ZIP code.  
 En la cuarta línea, escriba la ciudad, estado, y código postal donde vive.
- f. Enter your telephone number, including the area code.  
 En la quinta línea, escriba su número de teléfono, incluyendo el código de área.
- g. Email Address: Correo electrónico del

**a.** Signature: \_\_\_\_\_ **b.** Date: \_\_\_\_\_  
 Firma Fecha

**c.** Printed Name: \_\_\_\_\_  
 Nombre (Impreso)

Street Address/P.O. Box: \_\_\_\_\_ **d.**  
 Calle y número de domicilio /Apartado Postal del curador **e.**

City/State/ZIP Code: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal

**f.** Telephone Number: \_\_\_\_\_ **g.**

Email Address: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del