

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

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.**

BODY OF FORM/ CONTENIDO DE FORMULARIO

- **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.

- **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.

- On the last line, enter the first, middle and last names of the person providing the information on this form and the date the information was provided.

En la última línea, escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos de la persona proporcionando la información en este formulario y la fecha en que se proporcionó la información.