

수령인 이름: \_\_\_\_\_  
수령인 주소: \_\_\_\_\_

저희 기록에 따르면, 현재의 자녀 부양 명령은 귀하가 귀하의 자녀들에게 건강 보험을 제공할 것을 요구하지 않습니다. 저희 사무실은 법에 의해 귀하의 부양 자녀에게 건강 보험을 제공하도록 요구하고 있습니다. 귀하의 현재 자녀 부양 명령에 건강보험 보장을 추가하기 위해 법원에 신청서를 제출할 예정입니다.

귀하가 작성하여 저희 사무실로 반환할 수 있도록 빈 건강 보험 정보 양식(DCSS 0054)을 동봉하였습니다. 이 양식을 아래 주소로 우편으로 저희 사무실에 반환하실 수 있습니다:

이 양식을 아래 주소로 직접 방문하여 저희 사무실에 반환하실 수도 있습니다:

이 양식을 이 서신 날짜로부터 달력 기준 **20일** 이내에 저희 사무실로 반환해야 합니다. 귀하의 자녀가 법적으로 허용되는 모든 건강 혜택을 받을 수 있도록 하고, 법원이 귀하의 현재 상황을 알 수 있도록 하려면 귀하의 도움이 필요합니다.

이 서신에 대해 질문이 있거나 동봉된 양식 작성에 도움이 필요하시면, (866) 901-3212로 저희에게 전화해 주십시오.

동봉물