

**В СУД ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ  
ОКРУГ, ОГАЙО**

Истец/Заявитель		Ном. дела
пр./и		Судья
		Мировой судья
Ответчик/Заявитель		

**Инструкции:** Ознакомьтесь с правилами местного суда, чтобы узнать, когда эту форму необходимо заполнять. Настоящий affidavit используется для предоставления информации о медицинском плане страхования, который предоставляется детям. Эта информация используется для определения суммы пособия на ребенка. Её необходимо подавать, если есть несовершеннолетние дети. **Если потребуется, используйте дополнительные листы бумаги.**

**АФФИДЕВИТ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

Аффидевит \_\_\_\_\_  
(Имя и фамилия печатными буквами)

	<u>Мать</u>	<u>Отец</u>
Ваш(и) ребенок(дети) в настоящий момент записан(ы) в государственную программу здоровья для малоимущих (Healthy Start/Medicaid)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы записаны в индивидуальный (не групповой или COBRA) план медицинского страхования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы записаны в план медицинского страхования как член группы (от работодателя или другой организации)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если вы не записаны, есть ли у вас план страхования, который вы получаете как член группы (от работодателя или другой организации)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Оплачивает ли имеющийся страховой план первичную медицинскую помощь в радиусе 30 миль от дома ребенка(детей)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**Мать**

**Отец**

В соответствии с условиями существующего страхового плана, какова сумма годового страхового взноса за год за план, который будет покрывать вас и детей (не включая супруга(у))

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

В соответствии с условиями существующего страхового плана, какова сумма годового страхового взноса за год за план, который будет покрывать только вас (не включая детей и супруга(у))?

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Если вы записаны в план медицинского страхования как член группы (от работодателя или другой организации) или индивидуально, кто из нижеперечисленных покрывается вашим планом?

Вы?

Да  Нет

Да  Нет

Ваш супруг(а)?

Да  Нет

Да  Нет

Несовершеннолетний ребенок(дети) в браке?

Да  Нет

Да  Нет

Другие лица?

Количество \_\_\_\_\_

Количество \_\_\_\_\_

Да  Нет

Да  Нет

Количество \_\_\_\_\_

Количество \_\_\_\_\_

Название группы (работодатель или организация), которая предоставляет медицинское страхование

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Номер телефона

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ПРИСЯГА**

(Подписывать только в присутствии нотариуса)

Я, (имя и фамилия печатными буквами) \_\_\_\_\_

даю присягу и подтверждаю, что ознакомился (ась)

с настоящим документом и, по имеющимся у меня сведениям и по моим убеждениям, факты и информация, указанные в настоящем документе, являются правдивыми, точными и полными. Я также понимаю, что если буду говорить неправду, я могу понести ответственность за дачу ложных показаний под присягой.

\_\_\_\_\_  
Ваша подпись

Приведен(а) к присяге и подписался(ась) в \_\_\_\_\_ го \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .

моем присутствии

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Нотариус

Мои полномочия истекают:

\_\_\_\_\_

ЗАПОЛНИТЕ АНГЛИЙСКИЙ ВАРИАНТ ЭТОГО ФОРМУЛЯРА