

俄亥俄州 _____ 县
民事诉讼法院

原告/申请人	案件号	_____
	法官	_____
诉/与	地方法官	_____
被告/申请人		

说明：请查看当地法院规则，以确定何时必须提交此表格。
使用此表格批露子女可用的医疗保险。它也用来决定子女抚养费。如果这段关系中有未成年子女，则必须提交此表格。**如需更多篇幅，请另外添加纸页。**

《医疗保险宣誓书》
的宣誓书

(工整书写你的姓名)

母亲

父亲

你的子女目前参加了政府资助的低收入
医疗项目 (Healthy Start/Medicaid)
吗？

是 否

是 否

你参加了单独的（非团体保险或
COBRA）医疗保险计划吗？

是 否

是 否

你通过团体（雇主或其他组织）参加了
医疗保险计划吗？

是 否

是 否

如果你没有参加，你可以通过团体（雇
主或其他机构）获得医疗保险吗？

是 否

是 否

可获得的保险承保子女住所 30 英里以
内的基础医疗服务吗？

是 否

是 否

母亲

父亲

根据可获得的保险，为你和这段关系中的子女承保（不包括配偶）的计划的年度保费是多少？

\$ _____

\$ _____

根据可获得的保险，只为你自己（不包括子女和配偶）承保的计划的年度保费是多少？

\$ _____

\$ _____

如果你通过团体（雇主或其他机构）参加了医疗保险计划，或参加了单独的医疗保险计划，该计划为以下哪些人承保：

你自己？

是 否

是 否

你的配偶？

是 否

是 否

这段关系中的未成年子女？

是 否

是 否

人数 _____

人数 _____

其他人？

是 否

是 否

人数 _____

人数 _____

提供医疗保险的团体（雇主或机构）名称

地址

电话号码

誓言

(须在公证人面前签署)

我，(工整书写姓名) _____，宣誓或确认我已阅读这份文件，并且尽我所知所信，本文件中所述事实和信是真实、准确、完整的。我明白，如果我不讲实话，我可能会受到伪证罪的处罚。

你的签名

在这一日，在我面前宣誓，并在我面前签署：

_____ 年

_____ 月

_____ 日。

公证人

我的公证委托失效日期为：
