정부기관 *(가족법§§ 17400, 17406에 의거)*:	법원전용
전화번호: 팩스번호*(선택사항)*: 이메일 주소*(선택사항)*: 담당 변호사*(이름)*:	
다음 카운티의 캘리포니아 상급법원 세부 주소: 우편 발송 주소: 도시 및 우편번호: 지부 이름:	**참조용. 법원에 제출하지 마십시오.**
원고/고소인: 피고/피고인: 다른 한 부모:	
약정 및 명령서	사건번호:

1. **본 사건은 다음과 같이 진행되었습니다.**
   a. ☐ 법정 불출석 상태의 서면 약정
   b. ☐ 다음 당사자가 출석한 상태에서의 법정 심리
      (1) 날짜: 부서: 사법 공무원:
      (2) ☐ 원고/고소인 출석 ☐ 변호사 출석*(이름)*:
      (3) ☐ 피고/피고인 출석 ☐ 변호사 출석*(이름)*:
      (4) ☐ 다른 한 부모 출석 ☐ 변호사 출석*(이름)*:
      (5) 다음의 지역 아동 지원 기관(가족법 §§ 17400, 17406) *(이름)*:
      (6) ☐ 기타*(구체적으로 명시)*:

   c. ☐ 채무자(양육비 지급 명령을 받은 부모)가 ☐ 원고/고소인 ☐ 피고/피고인 ☐ 다른 한 부모

2. ☐ 본 명령의 근거가 되는 첨부 문서*(구체적으로 명시)*:

3. **당사자들은 다음과 같이 동의합니다.**
   a. 본 소송에서 이전에 결정된 모든 명령은 아래에서 구체적으로 수정된 경우를 제외하고 완전히 유효합니다.
   b. 기준 금액에 따라 산정한 바와 같이 채무자가 지급해야 하는 금액: 월 $
      ☐ 기준 양육비에 동의합니다.
      ☐ 다음과 같은 사유로 기준 금액에 반대합니다.

      (1) ☐ 기준 양육비에 대해 충분히 공지를 받았으며, 매월 $ 의 양육비를 지급한다는데 기꺼이 동의합니다. 본 합의는 아동의 이익을 최우선으로 하며, 합의된 금액으로 아동이 필요로 하는 바를 충분히 충족시킬 것입니다. 현재 아동은 정부보조금을 받고 있지 않으며, 정부보조금 신청이 계류 중인 상태도 아닙니다. 본 사건에서 기준 금액의 적용은 부당하며 부적절할 수 있습니다. 본 명령에 따라 지급하는 금액이 기준 금액보다 낮은 경우, 해당 금액을 기준 금액까지 상향 조정하더라도 상황이 변하지 않는다는 것을 증명해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본 명령에 따라 지급하는 금액이 기준 금액보다 높은 경우, 명령 내용을 수정하기 위해서는 상황이 변경되어야 합니다.

      (2) ☐ 다른 반대 요인*(구체적으로 명시)*:

주의: 양육비를 지급해야 하는 당사자는 미지급 금액에 대해 법정 이율로 연체 이자를 지불해야 합니다. 법정 이율은 현재 연 10%입니다.

원고/고소인: 피고/피고인: 다른 한 부모:	사건번호:

3. c. ☐ 부모의 소득과 각 부모가 아동과 보내는 시간을 표시한 컴퓨터로 출력한 인쇄물을 첨부했습니다. 지급해야 하는 양육비의 산정 내역이 있는 이 인쇄물이 법원의 증거자료가 됩니다.

d. 채무자는 현재 양육비를 아래와 같이 지급해야 합니다.

이름	생년월일	월 양육비

(1) ☐ 기타*(구체적으로 명시):*

(2) ☐ 총 $ 를 매월 일에 지급
시작*(일):*

(3) ☐ 저소득층 조정금액이 적용됩니다.
☐ 저소득층 조정금액이 적용되지 않는 사유*(사유 명시):*

(4) 지급 명령을 받은 양육비는 법 집행으로 인해 종료되지 않는 한 법원의 추가 명령이 있을 때까지 계속됩니다.

e. ☐ 채무자가 다음 날짜 부로 양육비를 체납*(날짜 기입):*

(1) ☐ 양육비: ☐ 배우자 지원비: ☐ 가족 부양비:
(2) ☐ 이자는 포함되지 않았으며 면제되지 않습니다.
(3) ☐ 지급 기일: $ 매월 일
시작*(일):*
(4) ☐ 지급 기일이 되면 각 분할 금액이 아니라, 지급해야 하는 총 원금의 잔액을 기준으로 이자가 발생합니다.

f. 본 판결 조항은 법률에 의거하여 원금(총 미지급액)을 징수하거나 이자 및 벌금을 징수하는 권리를 제한할 수 없습니다. 지급 명령을 받은 모든 금액은 변경될 수 있습니다.

g. 지급 금액 수령 기관*(의 이름 및 주소):*

h. ***양육비에 대한 소득원천징수양식*(양식 FL-195/OMB No. 0970-0154)이 발행됩니다.**

i. ☐ 채무자 ☐ 채권자는 아동에 대한 의료보험을 다음과 같은 방식으로 제공하고 유지해야 합니다. (1) 고용에 따른 보험 또는 단체 보험, 또는 무료나 적절한 비용으로 의료보험을 제공하고 유지해야 하며, 지역 아동 지원 기관에 보험보상범위를 알려야 합니다. (2) 의료보험이 제공되지 않는 경우, 의료보험이 제공될 때 보상해야 합니다. (3) 지역 아동 지원 기관이 요청한 후 20일 내에 의료보험양식을 작성하여 송부해야 합니다. (4) 아동이 의료 서비스를 받는데 필요한 모든 정보와 서류를 지역 아동 지원 기관에 제공해야 합니다. (5) 아동의 의료 서비스 비용을 발생시킨 다른 한쪽의 부모나 보호자가 보험금을 수령 또는 변제 받을 수 있도록 보험료 청구서를 제출해야 합니다. (6) 아동의 의료 서비스 비용을 발생시킨 다른 한 부모나 보호자에게 변제 권리를 양도해야 합니다. "채무자" 상자에 체크한 경우, 의료보험 양도서가 발행됩니다.

j. 부모는 주거지나 고용 상황이 변경되면 10일 이내에 지역 아동 지원 기관에 이를 서면으로 통보해야 합니다.

k. *권리 및 책임의 통지 – 양육비 지급 명령 변경에 따른 의료 비용 및 변제 절차와 정보 문서*(양식 FL-192)가 첨부됩니다.

원고/고소인: 피고/피고인: 다른 한 부모:	사건번호:

3. l. ☐ 가족법 제17404항에 의거 본 소송의 당사자로 추가되는 "다른 한 부모"의 이름:

m. ☐ 기타*(구체적으로 명시):*

날짜:

(이름 기재) (지역 아동 지원 기관의 변호사 서명)

날짜:

(이름 기재) (원고 서명)

날짜:

(이름 기재) (원고 변호사의 서명)

날짜:

(이름 기재) (피고의 서명)

날짜:

(이름 기재) (피고 변호사의 서명)

날짜:

(이름 기재) (다른 한 부모의 서명)

날짜:

(이름 기재) (다른 한 부모의 변호사 서명)

명령

4. **법원은 다음과 같이 명령합니다.**

날짜:

사법 공무원

5. 첨부 페이지 수: _____ ☐ 마지막 첨부 문서에 서명이 이어집니다

해석/번역 제공자의 성명: 아래 표시된 당사자는 다음의 사유로 본 *약정 및 명령서*를 읽거나 이해할 수가 없습니다.

☐ *(이름 기재)* _____ 이(가)
주로 쓰는 언어*(명시):*

이 언어로 번역된 약정서를 읽었습니다 / 아직 읽지 않았습니다.

☐ *(이름 기재)* _____ 이(가)
주로 쓰는 언어*(명시):*

이 언어로 번역된 약정서를 읽었습니다 / 아직 읽지 않았습니다.

캘리포니아 주 법에 의거 위반 시 위증죄에 처하는 조건 하에 본인은 위에 표시된 언어로 해석 또는 번역할 수 있는 능력이 있으며, 위에 명시된 당사자를 위해 역량을 다해 *약정 및 명령서*를 읽고, 당사자의 주요 언어로 해석하고 번역했음을 보증합니다. 위에 명시된 당사자는 *약정 및 명령서*의 조항을 이해한 후 서명했다고 말했습니다.

날짜:

(이름 기재)

(서명)

날짜:

(이름 기재)

(서명)