

**Attachment to  
Confidential Information  
(Additional Parties or Children)**  
(AT)

기밀 정보에 대한 첨부  
(추가 당사자 또는 자녀)  
(AT)

**Clerk: Do not file in a public access file**  
서기: 공개 액세스 파일에 제출하지  
마십시오.

County: \_\_\_\_\_  
카운티:

Case No.: \_\_\_\_\_  
사건 번호:

**Use this form** if there are more parties or children in your case than you can list on the Confidential Information form.  
귀하의 사건에 기밀 정보 양식에 기재할 수 있는 것보다 더 많은 당사자 또는 자녀가 해당하는 경우 이 양식을 사용하십시오.

**1. Other Party's Information (if any)** – This person is a (check one):  Petitioner  Respondent  
Interpreter needed?  Yes  No Language, if yes: \_\_\_\_\_

다른 당사자의 정보(해당하는 경우) - 이 사람은 다음 중 하나입니다.  청원인  피청구인  
통역이 필요하십니까?  예  아니요 예인 경우 언어:

Full name (first, middle, last): 성명(이름, 중간 이름, 성):		Date of birth (MM/DD/YYYY): 생년월일(MM/DD/YYYY):	Sex: 성별
Driver's license/Identicard (No., state): 운전 면허증/신분증(번호, 주):	Race: 인종	Relationship to children in this case: 이 경우 아이와의 관계:	
Mailing address (This address will <b>not</b> be kept private.) (street address or PO box, city, state zip): 우편 주소(이 주소는 비공개로 유지되지 않습니다.) (주소 또는 사서함, 시, 주 우편번호):			

Home address (check one): <input type="checkbox"/> same as mailing address <input type="checkbox"/> listed below (street, city, state, zip): 집 주소(하나만 선택): <input type="checkbox"/> 아래 나열된 우편 주소 <input type="checkbox"/> 다음에 나열(도로, 도시, 주, 우편번호):		
Phone: 전화:	Email: 이메일:	Social Sec. No: 사회 보장 번호:
Employer's name: 고용주 이름:		Employer's phone: 고용주의 전화번호:
Employer's address: 고용주 주소:		

**2. Other Children's Information (if any)**

기타 아동 정보 (해당하는 경우)

Child's full name (first, middle, last) 성명 (이름, 중간 이름, 성):	Date of birth (MM/DD/YYYY) 생년월일 (MM/DD/YYYY):	Race 인종	Sex 성별	Soc. Sec. No. 사회 보장 제	Current location: lives with 현재 위치: 함께 거주
5.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자:
6.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자:
7.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자:
8.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자:
9.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자:
10.					<input type="checkbox"/> You 본인 <input type="checkbox"/> Other party: _____ 다른 당사자: