本表獲得伊利諾州最高法院批准，要求所有伊利諾州上訴法院接受。

說明▼	☐ **本上訴涉及父母責任 (監護)、終止父母權利問題或影響子女最佳利益的其他事宜。**
勾選右面的方框 (如適用)。	
在「向伊利諾州上訴法院提出上訴」下方空白處，填寫您提交上訴所在上訴區編號和巡迴法院所在縣。	**向伊利諾州上訴法院提出上訴** _____ **上訴區** _____ **縣巡迴法院**
填寫您提出上訴的巡迴法院命令中顯示的各方姓名。 提出上訴的人是「上訴人」，對上訴作出回應的人是「被上訴人」。請為每一個人勾選正確的方框。 在最右面，填寫巡迴法院案例號碼和初審法官姓名。	**僅供參考** **原告/申請人** (名、中間名、姓) ☐ **上訴人** ☐ **被上訴人** 訴 **被告/被起訴人** (名、中間名、姓) ☐ **上訴人** ☐ **被上訴人** **巡迴法院案例號碼：** _____ **由** _____ **法官主持。**

法院費用豁免命令
(上訴法院)

填寫您作為「申請人」的全名。

申請人姓名： **僅供參考**
名 中間名 姓

法院已經審查「法院費用豁免申請」(Application for Waiver of Court Fees)，並在此決定：

請勿在本表中勾選任何其他方框或填寫任何其他空白欄目。
上訴法院將決定是批准還是拒絕您的「法院費用豁免申請」，並填寫本表的其餘部分。

☐ 申請人**有資格**獲得費用豁免。

☐ 申請人**沒有資格**獲得費用豁免，因為 (必須陳述具體理由)：
_____

特此命令：

☐ 「法院費用豁免申請」獲得**批准**。申請人無需支付費用、開支或收費即可參加本上訴。

☐ 「法院費用豁免申請」被**拒絕**，並且：

☐ 申請人必須在以下日期之前支付所有相關費用、開支或收費：_____ **或**
日期

☐ 申請人必須按照以下方法支付所有相關費用、開支或收費 (描述付款計劃)：
_____

請勿填寫本欄。法官將在此簽名和填寫日期。

下達此令：

_____ 法官　　_____ 日期

For information only