

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

**CUESTIONARIO DE CUSTODIA**

**LE PEDIMOS QUE CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS DE LA SOLICITUD. SI USTED NO CONTESTA LAS PREGUNTAS MARCADAS EN LETRAS NEGRILLAS, SU SOLICITUD SERÁ AUTOMATICAMENTE RECHAZADA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA NUESTRO USO EXCLUSIVO.**

¿Tiene un caso pendiente en la corte? **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

De ser así, ¿Cuál es el número de caso? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue presentado el caso? \_\_\_\_\_

¿Fue el caso presentado por Ud. o el otro padre? \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por el otro padre ¿cuándo fue Ud. notificada? \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por el otro padre y Ud. fue notificada, ¿presentó Ud. una respuesta? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por Ud., ¿tenía Ud. un abogado? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su siguiente audiencia? \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo servicios de Family Violence Prevention Services, Inc.? **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

De ser así, ¿qué servicios está recibiendo? \_\_\_\_\_

¿Cómo llego esta solicitud de servicios legales a sus manos?

\_\_\_\_ Visita a las oficinas \_\_\_\_ Llamada de Teléfono \_\_\_\_ Nuestra Página de Internet \_\_\_\_ Referencia

Si alguien lo refirió a nuestra agencia, ¿Cómo se entero de nuestros servicios?

- |  |   |
|--|---|
| ____ Refugio para Mujeres y Niños Maltratados  | ____ Biblioteca Publica                                 |
| ____ Refugio para las Personas sin Hogar       | ____ Consejera  |
| ____ Centro de Justicia Familiar               | ____ Departamento de Policía                            |
| ____ Corte                                     | ____ Abogado  |
| ____ Secretario del Condado (County Clerk)     | ____ Alguacil (Sheriff)                                 |
| ____ Secretario de Distrito (District Clerk)   | ____ Programas Clínicos de la Universidad de St. Mary's |
| ____ Volante o Folleto Publicitario            | ____ Trabajadora Social                                 |
| ____ Publicidad de Televisión                  | ____ Caridades Católicas (Catholic Charities)           |
| ____ Cliente Anterior                          | ____ Sitio Web  |
| ____ Departamento de Salud y Servicios Humanos | ____ Otros _____  |

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

**SU INFORMACIÓN**

1. \_\_\_\_\_  
**Primer Nombre    Segundo Nombre                      Apellido                      Apellido de Soltera**

2. **Su Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Número y Calle    Departamento/Edificio**  
  
\_\_\_\_\_  
**Ciudad    Estado    Código Postal**

Dirección Alternativa Segura (en caso de que se mude de su dirección actual):

\_\_\_\_\_  
Número y Calle    Departamento/Edificio  
  
\_\_\_\_\_  
Ciudad    Estado    Código Postal

¿Cuánto tiempo ha vivido en su condado de residencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha vivido en Texas? \_\_\_\_\_

¿Sabe el otro padre dónde está viviendo Ud.? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si no, ¿quiere que mantengamos su dirección como confidencial? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

3. En los siguientes espacios favor de darnos sus datos para que la agencia la pueda localizar.

**Número de teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **¿Es un número seguro? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_**

**Número de teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_ **¿Es un número seguro? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_**

**Número de teléfono de celular:** \_\_\_\_\_ **¿Es un número seguro? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_**

Nombre de la persona que podemos contactar en caso de emergencia:  
\_\_\_\_\_

Su relación con esa persona \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono de esa persona \_\_\_\_\_

4. A continuación, por favor proporcione algunos datos sobre usted. Si no tiene un número de seguro social o licencia de conducir, por favor escriba "N/A" en el espacio correspondiente (s).

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **No. de Licencia:** \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado País

5. Por favor anote la información sobre su ciudadanía o estatus migratorio. Si una categoría no le corresponde a usted, por favor escriba "N/A" en el espacio correspondiente(s).

**¿Es Ud. ciudadana de los EE.UU.?** **SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

**Si no, tiene Ud. una:** **VISA:** \_\_\_\_\_ **Permiso de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**¿Es usted Residente Permanente?** \_\_\_\_\_ **¿Indocumentada?** \_\_\_\_\_

6. ¿Está viviendo Ud. sola \_\_\_\_, con el padre de sus hijos \_\_\_\_, parientes \_\_\_\_ o un amigo \_\_\_\_?

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Relación(es): \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

Nombre de empleo Dirección

¿Cuánto tiempo ha trabajado ahí? \_\_\_\_\_

¿Trabaja jornada completa o medio tiempo? \_\_\_\_\_

**Si actualmente no tiene trabajo, favor de contestar lo siguiente:**

**¿Ha tenido trabajo alguna vez?** **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Si contestó "no," por favor explique por qué nunca ha tenido trabajo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si contestó "si," por favor indique la siguiente información:**

**Fechas de su último empleo** \_\_\_\_\_

**Nombre de su último empleador** \_\_\_\_\_

**¿Por qué no está empleada actualmente?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

Favor de describir todos los hechos malos (p. ej. Abuso de alcohol/drogas, antecedentes penales, problemas de salud mental, violencia domestica) que el otro padre pudiera utilizar contra Ud. en la corte.

---

---

---

---

---

**VIOLENCIA FAMILIAR**

La violencia intrafamiliar o doméstica puede ser definida como un patrón de conducta que se utiliza en cualquier relación para obtener o mantener el poder y control sobre su pareja. El abuso es físico, sexual, emocional, económico, y las acciones psicológicas o amenazas de acciones que influyen en otra persona. Se incluye cualquier comportamiento que pueda asustar, intimidar, aterrorizar, manipular, lastimar, humillar, culpar, dañar o herir a alguien. La violencia doméstica puede resultar en un trauma emocional y lesiones físicas y puede incluir el abuso de los niños y otros miembros de la familia, así como parejas.

Una orden de protección es una orden de la corte civil emitida para evitar actos continuos de violencia domestica. Se puede prohibir a el delincuente de cometer nuevos actos de violencia en la familia, acosar o amenazar a la víctima, directa o indirectamente, o acercarse a la escuela o guardería de un niño protegido por la orden.

8. ¿Tiene Ud. una orden de protección? SI : \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**De ser así, favor de proveer una copia a nuestra oficina si no lo ha hecho aún.**

9. Si no tiene una orden de protección, ¿Ud. cree que necesita una? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha presentado Ud. cargos contra el otro padre? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si se han presentado cargos contra el otro padre, ¿sabe Ud. si hay fechas de corte programadas?

De ser así, ¿sabe en qué fecha tiene que aparecer? \_\_\_\_\_

Para ayudar a nuestra agencia en la evaluación de la urgencia de su caso, indique el tipo de la violencia que le pasó a usted y / o a sus hijos. Le pedimos nos proporciones el mes, día y año de cada incidente y explicar lo que hizo la parte contraria. Tenga en cuenta que si hay informes de la policía, por favor proporciónenos los números de los casos. Por favor, incluya todos los incidentes de violencia que experimentó, incluyendo aquellos que no son muy recientes y los que no involucran a la policía. Si usted no recuerda las fechas de los incidentes de violencia, por

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

favor escriba "N / A" en el espacio correspondiente (s). Si la violencia que ha experimentado tuvo lugar durante un largo período de tiempo o constantemente durante su relación y usted no puede recordar un incidente específico, por favor anote los malos tratos que sufrió durante un periodo largo de tiempo y explicar la frecuencia con la que pasó.

**Favor de explicar el tipo de violencia contra Ud. y sus hijos. Favor de proporcionar el mes y el año que cada incidente y explicar que hizo la parte contraria. Favor de incluir si hay informes de policía y dar los números de caso:**

**Fecha del Incidente:** \_\_\_\_\_ **o Frecuencia del abuso** \_\_\_\_\_

**Lugar del Incidente:** \_\_\_\_\_

**Descripción del Incidente:** \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Se contactó a la policía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si se contactó a la policía, ¿fue arrestado el otro padre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_ o Frecuencia del abuso \_\_\_\_\_

Lugar del Incidente: \_\_\_\_\_

Descripción del Incidente: \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Se contactó a la policía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si se contactó a la policía, ¿fue arrestado el otro padre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_ o Frecuencia del abuso \_\_\_\_\_

Lugar del Incidente: \_\_\_\_\_

Descripción del Incidente: \_\_\_\_\_

---

---

---

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*



**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

¿Por cuánto tiempo ha trabajado ahí? \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ Por hora \$ \_\_\_\_\_ Por mes \$ \_\_\_\_\_

18. ¿Otras formas de ingreso?: Social Sec./SSI \$ \_\_\_\_\_ TANF/Estampillas \$ \_\_\_\_\_

Compensación de trabajo \$ \_\_\_\_\_ Manutención de Niño \$ \_\_\_\_\_ Otro\$ \_\_\_\_\_

Fechas en que empezó a recibir estos beneficios \_\_\_\_\_

19. ¿Por cuánto tiempo ha vivido el otro padre en su condado de residencia? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha vivido el otro padre en su estado de residencia? \_\_\_\_\_

¿Es el otro padre ciudadano de los EE.UU.? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

20. ¿El otro padre tiene alguna condición mental o física? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, favor de explicar la condición e indicar si ha sido diagnosticado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿En dónde más puede ser notificado el otro padre con papeles de custodia (además de la dirección de la casa)?

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Quién vive ahí? \_\_\_\_\_

22. ¿Ha sido detenido alguna vez el otro padre? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, favor de proveer los hechos siguientes:

**Fechas de arresto**

**Lugar de arresto**

**Razón/Cargo**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA RELACIÓN**

23. Fecha cuando empezó la relación: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

24. Fecha de separación: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LOS MENORES**

25. **Hacer una lista todos los niños menores, aún si son de diferentes padres y aún si no viven actualmente con usted:**

**Niño #1** Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #2** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

**Niño #3** Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #4** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*



**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

**Niño #5**      Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #6**      Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Hijo

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/Guardería

26. ¿Están los hijos de esta relación con Ud.? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si no, por favor proporcione los nombres de los niños que no viven con usted, el lugar donde viven actualmente y explique por qué no viven con usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. ¿Quiere custodia de sus hijos menores que tiene con el otro padre? \_\_\_\_\_

¿El otro padre quiere custodia de los hijos? \_\_\_\_\_

28. ¿Está embarazada? \_\_\_\_\_ De ser así, ¿para cuándo espera? \_\_\_\_\_

¿Quién es el padre de este hijo? \_\_\_\_\_

29. ¿Tienen todos sus hijos de quienes quiere la custodia el nombre de su padre en sus actas de nacimiento?

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Si no, mencione a los niños \_\_\_\_\_

30. Nombre de cualquiera de los hijos de MÁS de 18 años de edad y todavía en la escuela:

\_\_\_\_\_

31. Nombre cualquiera de los hijos MENORES de 18 años de edad y casados:

\_\_\_\_\_

32. Nombrar cualquiera de los hijos con discapacidades mentales/físicas: \_\_\_\_\_

Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Gastos Médicos \$ \_\_\_\_\_

33. ¿Alguno de sus hijos es dueño de algún tipo de propiedad, como una cuenta bancaria, terreno, auto, motocicleta o cualquier otra cosa de valor? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ De ser así, describa la propiedad y su valor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. ¿En algún momento, se ha comunicado alguna persona de CHILD PROTECTIVE SERVICES con Ud.? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, favor de proveer el nombre de trabajador social, número de teléfono y explicar las circunstancias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. ¿Ha Ud. llamado la oficina del Procurador General para ayuda con manutención de los niños?  
SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

36. ¿Se han presentado Ud. o el otro padre a la corte a causa de la manutención de los niños?  
SI: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**De ser así, favor de proveer copias de las órdenes de corte a nuestra oficina.**

**SEGURO**

37. ¿Tiene el otro padre seguro de vida para él mismo o para los hijos? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, el nombre de la compañía y el número de cuenta: \_\_\_\_\_

38. ¿Tiene seguro médico para Ud. y sus hijos? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, el nombre de la compañía y el número de cuenta: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE MODIFICACIÓN DE CUSTODIA**

39. ¿Tiene Ud. una orden de custodia o manutención del niño ya en existencia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

De ser así, ¿qué fecha tiene la orden? \_\_\_\_\_

¿Quiere Ud. cambiar esta orden? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

De ser así, ¿qué quiere cambiar y por qué quiere que la orden sea cambiada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. Si Ud. necesita más espacio para cualquiera de las preguntas previas, favor de poner el número de la pregunta y continúe escribiendo aquí:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION  
SERVICES, INC.**

---

---

La información proporcionada en este documento es verdadera y correcta hasta donde tengo conocimiento.

---

Firma

---

Fecha

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*

**SOLICITUD DE SERVICIOS LEGALES DE FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES, INC.**

**SU INFORMACIÓN FINANCIERA**

La siguiente información será utilizada para determinar elegibilidad financiera y compilar un affidavit que Ud. tendrá que firmar y tener notariado para que las cuotas de presentación le sean condonadas si podemos aceptar su caso. Por lo tanto, la información TIENE que ser correcta.

**Ingreso Mensual**

**Cantidad**

- |  |          |
|--|----------|
| a) Ingreso Neto de Empleo                | \$ _____ |
| b) Manutención de Niños                  | \$ _____ |
| c) Retiro                                | \$ _____ |
| d) SSI/Seguro Social                     | \$ _____ |
| e) TANF                                  | \$ _____ |
| f) Estampillas                           | \$ _____ |
| g) Beneficios de Desempleo               | \$ _____ |
| h) Otro Ingreso                          | \$ _____ |
| i) Ingreso de Cónyuge Actual (si aplica) | \$ _____ |

Número de dependientes \_\_\_\_\_

¿Tiene cuentas de banco a su nombre? SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_ De ser así, por favor enumere las cuentas y los saldos:

Tipo de Cuenta/ Saldo: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta/ Saldo: \_\_\_\_\_

¿Tiene cuentas de retiro a su nombre? SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_ De ser así, por favor indique los saldos:

Saldo de la Cuenta: \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 805-0222*