

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

**CUESTIONARIO PARA LA MODIFICACION/CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES 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? \_\_\_\_\_

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

¿Quién era su abogado? \_\_\_\_\_

¿Qué servicios estaba recibiendo de su abogado? \_\_\_\_\_

**\* AL ENTREGAR ESTA SOLICITUD, FAVOR DE PROPORCIONARNOS UNA COPIA DE TODAS LAS ORDENES DE CORTE RELACIONADAS CON SU CASO**

¿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: 675-5036*

**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?** \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

**Su dirección de correo electrónico ¿Es una dirección segura? SI: \_\_\_ NO: \_\_\_**

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:** \_\_\_\_\_

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

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 675-5036*

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

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 su esposo \_\_\_\_, 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: 675-5036*

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

**INFORMACION DE LA OTRA PERSONA O LA PARTE CONTRARIA**

A continuación, sírvase proporcionar información sobre la parte contraria (cónyuge, ex pareja, otro padre, etc.) Si usted no tiene un número de seguro social o número de licencia de conducir disponibles para la parte contraria, por favor escriba "N / A" en el espacio apropiado (s).

8. \_\_\_\_\_  
**Primer Nombre      Segundo Nombre      Apellido      Apellido de soltera**

9. **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Número y Calle      Departamento/Edificio**

\_\_\_\_\_ **Ciudad      Estado      Código Postal**

10. Su relación con la parte contraria: \_\_\_\_\_

11. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Raza: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Color Cabello: \_\_\_\_\_ Color Ojos: \_\_\_\_\_ Piel Color: \_\_\_\_\_

12. Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

13. ¿Está el otro padre actualmente en las fuerzas armadas? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, ¿cuál ramo? \_\_\_\_\_ ¿rango actual? \_\_\_\_\_ No. de Años \_\_\_\_\_

¿Servicio Activo? \_\_\_\_\_ ¿Reserva Militar? \_\_\_\_\_ ¿Cuál Base? \_\_\_\_\_

14. Empleador del otro padre: \_\_\_\_\_

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

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

16. ¿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.

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

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 675-5036*

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

17. ¿Alguna vez vivió con la Parte Contraria?      SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, ¿Cuándo se separaron? \_\_\_\_\_

18. **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: 675-5036*

**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 \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL CASO**

19.      ¿Cuáles son las órdenes existentes de la corte (por ejemplo, orden de protección, acta de divorcio, custodia, órdenes de manutención, etc.) en su caso y cuando se firmaron las órdenes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20.      Si usted tiene una orden de protección en contra de la parte adversa o contraria, ¿la parte contraria ha violado su orden de protección? (por ejemplo, continua el abuso, acoso, acecho, el contacto con una persona protegida, llegar o acercarse a un lugar protegido, posesión de un arma de fuego, etc.) SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

21.      ¿Se quedo con sus hijos la parte contraria en violación de la orden de corte?  
SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 675-5036*

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

22. ¿No le está pagado la parte contraria la manutención de sus hijos en violación de la orden de corte? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

23. ¿No le devuelve la parte contraria su propiedad personal en violación de una orden de la corte? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

24. ¿Ha informado de cualquier violación a la policía?

25. ¿Qué quiere cambiar las órdenes ya existentes? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

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

---

---

**27. Favor de explicar el tipo de violación de las órdenes existentes de la corte por la parte contraria. 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 de la violación: Mes:** \_\_\_\_\_ **Día** \_\_\_\_\_ **Año** \_\_\_\_\_

**Descripción de la violación:** \_\_\_\_\_

---

---

---

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

**Si se contactó a la policía, ¿fue arrestada la parte contraria? SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Fecha de la violación: Mes: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Descripción de la violación: \_\_\_\_\_

---

---

---

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

Si se contactó a la policía, ¿fue arrestada la parte contraria? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 675-5036*

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

Fecha de la violación: Mes: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Descripción de la violación: \_\_\_\_\_

---

---

---

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

Si se contactó a la policía, ¿fue arrestada la parte contraria? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

28. 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.

---

---

---

---

29. ¿Alguna vez la ha sido arrestada? De ser así, favor de explicar los motivos y cuando fue su arresto?

30. ¿Alguna vez fue sancionado por violar una orden de la corte? Si es así, ¿Cuál fue la violación?

31. ¿En algún momento, se ha comunicado alguna persona de LA AGENCIA DE PROTECCION A MENORES (CHILD PROTECTIVE SERVICES) con Ud.? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

32. Si la parte contraria se encuentra actualmente en libertad condicional, ¿cuál es el nombre y la dirección del oficial de libertad condicional?

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept., 7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: 675-5036*

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

---

---

---

33. ¿Entiende que le podemos negar ayuda en su caso si usted no proporciona una dirección exacta para poder notificar del caso a la parte contraria? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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: 675-5036*

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

**SU INFORMACIÓN FINANCIERA**

La siguiente información será utilizada para determinar elegibilidad financiera y recopilar una declaración que Ud. tendrá que firmar ante notario público para no pagar los gastos de corte si aceptamos 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 o su pareja actual<br>(Siempre y cuando su cónyuge o pareja actual NO sea la parte contraria) | \$ _____ |

Número de dependientes \_\_\_\_\_

(Sus dependientes incluyen los hijos menores de 18 años, incluyendo hijos que no sean del matrimonio)

¿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: 675-5036*