

# APLICACION PARA SERVICIOS LEGALES MANUTENCION Y CUSTODIA

File No.: \_\_\_\_\_ [Solo Para Uso de Oficina]

**LE PEDIMOS QUE CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS DE LA SOLICITUD SI USTED NO CONTESTA LAS PREGUNTAS MARCADAS EN LETRAS NEGRILLAS, SU SOLICITUD SERA AUTOMATICAMENTE RECHAZADA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA NUESTRO USO EXCLUSIVO. LE AVISAREMOS SI SU APLICACIÓN FUE ACEPTADA DENTRO DE CUATRO SEMANAS.**

Nombre de Apicante: \_\_\_\_\_

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

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

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

¿Cuándo fue presentado el caso? \_\_\_\_\_ ¿En qué condado? \_\_\_\_\_

¿Fue el caso presentado por usted o su cónyuge? \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por su cónyuge, ¿cuándo fue usted notificada? \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por su cónyuge y usted fue notificada, ¿presentó usted una respuesta?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si el caso fue presentado por usted, ¿tenía usted un abogado/a? \_\_\_\_\_

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

¿Está recibiendo servicios de Family Violence Prevention Services, Inc.? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

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

**\*POR FAVOR PRODUZCA COPIA DE DOCUMENTOS, PROPORCIONES, Y ORDENES DE SU CASO\***

¿TIENE COPIAS?

	Si	No		Si	No
¿Fotos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, puede producir las fotos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Reporte(s) de policía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, puede producir los reportes ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Records médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, los puede producir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llamadas telefónicas/mensajes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, los puede producir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ordenes de manutención de menores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, los puede producir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Testigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, puede dar su(s) nombres y teléfonos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Foto de la pajas de las redes sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De ser así, los puede producir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

## SU INFORMACION

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

¿Quiere que su apellido de soltera sea restablecido? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

2. **Su dirección:** \_\_\_\_\_  
**Numero y nombre de la Calle                      Departamento/Edificio**  
\_\_\_\_\_  
**Ciudad                      Estado                      Código Postal**

¿Es seguro para usted recibir correspondencia a esta dirección? (si o no) \_\_\_\_\_

Dirección Alternativa Segura:

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

¿Condado de residencia? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo usted es residente del condado? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo usted es residente de Texas? \_\_\_\_\_

¿Su cónyuge sabe en dónde está viviendo usted? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

¿Si "no," quiere mantener su dirección 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: \_\_\_**

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

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

Su Relación con esa persona: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la persona \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

4. A continuación, por favor proporcione algunos datos sobre usted. Si usted no tiene un número de Seguro Social o de 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:** \_\_\_\_\_

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

5. Por favor proporcione 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 usted ciudadana de los Estados Unidos? SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

**Si no, tiene usted una: visa:** \_\_\_\_\_ **Permiso de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

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

6. ¿Esta usted actualmente miembro en las fuerzas armadas? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así, ¿Que ramo de las fuerzas armadas? \_\_\_\_\_ ¿rango actual? \_\_\_\_\_ No. de años \_\_\_\_\_

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

7. ¿Con quién está viviendo? \_\_\_\_\_  
Nombre Relación a usted

8. ¿Está trabajando? \_\_\_\_\_  
Nombre de empleo Dirección

9. Favor de describir todos los hechos negativos (por ejemplo, abuso de alcohol/drogas, problemas de salud mental, antecedentes penales, violencia familiar) que su marido pudiera utilizar contra usted en la corte.

---

---

---

---

---

### **VIOLENCIA FAMILIAR**

10. ¿Tiene usted una orden de protección? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**De ser así, favor de proveer una copia a nuestra oficina**

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

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

12. ¿Ha levantado cargos contra su cónyuge alguna vez? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si se han levantado cargos contra su cónyuge, ¿sabe usted si hay fechas de corte programadas?

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

13. ¿Ha ido a corte por cualquier razón? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Para asistir a nuestra agencia en la evaluación de la urgencia de su caso, indique el tipo de violencia que sufrió usted y / o a sus hijo/a. Proporcione el mes, día y año de cada incidente y explicar lo que hizo la parte contratada. Por favor indique si hay reportes de policía, por favor proporciónenos los números de los casos. Por favor, incluya todos los incidentes de violencia que sufrió, 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 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 explique con cuenta frecuencia pasó.

**Favor de explique el tipo de violencia contra usted y sus hijo/a. Favor de proporcionar el mes y el año que cada incidente y explique que hizo la parte contratada. Favor de incluir si hay reportes de policía y dar los números de caso:**

**Fecha de Incidente:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia de Abuso:** \_\_\_\_\_

**Locación de Incidente:** \_\_\_\_\_

**Explique el incidente violencia:** \_\_\_\_\_

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

**¿Fueron contactados la policía? Si:** \_\_\_\_\_ **No:** \_\_\_\_\_

**Si la policía fue contactada, fué la parte contrario arrestado/a? SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

Fecha de Incidente: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Abuso: \_\_\_\_\_

Locación de Incidente: \_\_\_\_\_

Explique el incidente de violencia: \_\_\_\_\_

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

**¿Fueron contactados la policía? SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

**Si la policía fue contactada, fué la parte contrario arrestado/a? SI:** \_\_\_\_\_ **NO:** \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept., 7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

Fecha de Incidente: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Abuso: \_\_\_\_\_

Locación de Incidente: \_\_\_\_\_

Explique el incidente de violencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fueron contactados la policía? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si la policía fue contactada, fué la parte contrario arrestado/a? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DEL OTRO PADRE**

14. \_\_\_\_\_  
**Nombre** **Segundo Nombre** **Apellido**

15. **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Número y nombre de la Calle** **Apartamento/Edificio**

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

16. **¿Se puede proporcionar servicio al otro padre a esta dirección?** \_\_\_\_\_ **¿Tiene otra dirección a la cual es mejor para proporcionar servicio al otro padre?**

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. De Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. De Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado de Licencia: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo (masculino/femenino) : \_\_\_\_\_

Color de Pelo: \_\_\_\_\_ Color de Ojos: \_\_\_\_\_ Color de Piel: \_\_\_\_\_

17. Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

18. ¿El otro padre es miembro de las fuerzas armadas? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

De ser así. ¿En qué rama de las fuerzas armadas? \_\_\_\_\_ Rango actual? \_\_\_\_\_ Número de años? \_\_\_\_\_

¿Servicio activo o Reservas? \_\_\_\_\_ Cual Base? \_\_\_\_\_

¿El otro padre esta retirado o separado de las fuerzas armadas? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así. ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Fue honorablemente despedido? \_\_\_\_\_

19. Empleador del otro Padre: \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept., 7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

Dirección del Empleador del otro padre: \_\_\_\_\_

¿Hace cuanto tiempo tiene trabajando allí? \_\_\_\_\_

Ingreso Anual \$ \_\_\_\_\_ Por Hora \$ \_\_\_\_\_ Por Mes \$ \_\_\_\_\_

20. Otras fuentes de Ingresos del Otro Padre: Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ SSI \$ \_\_\_\_\_

TANF \$ \_\_\_\_\_ Compensación de Trabajo \$ \_\_\_\_\_

Manutención de Los Hijos \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

Fechas cuando empezó a recibir estos beneficios: \_\_\_\_\_

21. ¿Cuánto tiempo tiene el otro pariente es residente en el condado? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo tiene el otro pariente es residente en el estado? \_\_\_\_\_

¿El otro pariente es Ciudadano de los Estados Unidos? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

22. ¿El otro padre tiene una condición médica física o mental? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

De ser así por favor indique la condición y por favor de indicar si ha sido diagnosticado/a:

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

23. ¿El otro pariente ha sido arrestado? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si respondió que sí, por favor proporcione los siguientes detalles del arresto:

**Fecha de Arresto**

**Lugar de Arresto**

**Razon/Cargo**

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

**INFORMACION SOBRE LA RELACION**

24. ¿Cuándo inicio la relación? Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

25. ¿Usted y el otro padre están viviendo juntos? \_\_\_\_\_

26. ¿Si no, cuando fue la fecha de separación? Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Si usted y el otro padre están separados, el otro padre ha visitado a los niño/a? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

De ser así, por favor describa las circunstancias: \_\_\_\_\_

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

27. **Por favor proporcione a todos sus hijos, incluso si tienen diferentes padres, aunque no están viviendo con usted actualmente:** Puede usar papel adicional si es requerido.

**Niño #1** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Otro Pariente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual del Niño/a

**Niño #2** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Otro Pariente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual del Niño/a

**Niño #3** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Otro Pariente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual del Niño/a

**Niño #4** Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Otro Pariente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Dirección Actual del Niño/a

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

Niño #5 Sex: \_\_\_\_\_

Niño #6 Sex: \_\_\_\_\_

Nombre Completo

Nombre Completo

Nombre del Otro Pariente

Nombre del Otro Pariente

Número de Seguro Social del Niño/a

Número de Seguro Social del Niño/a

Fecha de Nacimiento del Niño/a

Fecha de Nacimiento del Niño/a

Lugar de Nacimiento del Niño/a

Lugar de Nacimiento del Niño/a

Dirección Actual del Niño/a

Dirección Actual del Niño/a

Si alguno de sus hijos no está viviendo con usted por favor proporcione nombres y explique por qué:

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

28. ¿Usted quiere custodia de los hijos que tiene con el otro padre? \_\_\_\_\_

¿El otro padre quiere custodia de los niño/a menores? \_\_\_\_\_

29. ¿Está embarazada? \_\_\_\_\_ ¿De ser así, cuando es tu fecha de parto? \_\_\_\_\_

¿Quién es el padre del niño/a? \_\_\_\_\_

30. ¿Todos los niño/a de cual usted quiere custodia tienen el apellido del padre en su certificado de nacimiento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si no, nombre los niño/a: \_\_\_\_\_

31. Nombre de cualquier niño/a que tenga una discapacidad física/mental:

Nombre del Niño/a	Tipo de Discapacidad	\$ _____
		Costos Médicos
Nombre del Niño/a	Tipo de Discapacidad	\$ _____
		Costos Médicos

32. ¿Algún niño/a tiene propiedad en su nombre (Como una cuenta de ahorro, carro, propiedad o algo de valor)? \_\_\_\_\_

De ser así, explique y qué es el valor:

\_\_\_\_\_

Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept., 7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org



33. ¿Ha sido contactado por alguien de Departamento de servicios familiares y de protección?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si usted respondió "sí," por favor proporcione el nombre del trabajador de caso, numero de teléfono, y las circunstancias:

---

---

---

---

---

34. ¿Ha contactado a la oficina del Procurador General para manutención de sus hijo/a? SI: \_\_ NO: \_\_

35. ¿Usted o el otro padre han tenido que ir a corte para manutención de sus hijos? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_  
**Si respondió "sí", proporcione copias de cualquier orden judicial a nuestra oficina.**

### **ASEGURANZA**

36. ¿El otro padre tiene seguro de vida para si mismo o para sus hijo/a? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

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

37. ¿Usted tiene seguro médico para sí mismo o para sus hijo/a? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

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

### **INFORMACION DE MODIFICACION**

38. ¿Tiene una orden de custodia o manutención infantil existente? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

¿De ser así, cual es la fecha de la orden? \_\_\_\_\_

¿Desea cambiar la orden? SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

¿Si respondió "sí," que desea cambiar y por qué quiere cambiar la orden?

---

---

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

---

---

**INFORMACION DE PROPIEDAD**

39. Si usted o el otro pariente tienen cualquier propiedad puesta abajo, favor de llenar la caja correspondiente:

	Usted	Cónyuge	Juntos	Valor
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Cuenta de Retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Certificado de depósito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Plan de ahorros Thift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Propiedad de renta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____

**SU INFORMACION FINANCIERA**

La siguiente información será utilizada para determinar elegibilidad financiera y preparar una declaración jurada. Si podemos tomar su caso, se requiere una firma ante un notario de la declaración jurada, para que usted no tenga que pagar los costos de la corte. Esta información tiene que ser precisa .

**Ingresos Mensuales**

**Cantidad**

- a) **Ingreso Neto de Empleo** \$ \_\_\_\_\_
  - b) **Manutención de Niños** \$ \_\_\_\_\_
  - c) **Retiro** \$ \_\_\_\_\_
  - d) **SSI/Seguro Social** \$ \_\_\_\_\_
  - e) **TANF** \$ \_\_\_\_\_
  - f) **Estampillas de alimentos** \$ \_\_\_\_\_
  - g) **Beneficios de Desempleo** \$ \_\_\_\_\_
  - h) **Subsidio de Vivienda Militar** \$ \_\_\_\_\_
  - i) **Subsidio Alimenticio Militar** \$ \_\_\_\_\_
  - j) **Otro Ingreso** \$ \_\_\_\_\_
- Fuente de Otros Ingresos:** \_\_\_\_\_

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept., 7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*

k) Ingreso de su pareja actual  
(Solo si su pareja actual no es el otro padre.)

\$ \_\_\_\_\_

Numero de Dependientes: \_\_\_\_\_  
(Incluya cualquier dependiente menor de 18 años.)

¿Como accedió a esta aplicación para servicios legales?

\_\_\_ En Persona                      \_\_\_ Teléfono                      \_\_\_ Nuestro Sitio                      \_\_\_ Referencia

¿Si fue referido a nuestra agencia, como se enteró de nuestros servicios?

- |   |   |
|---|---|
| ___ Refugio de Mujeres y Niños                  | ___ Biblioteca Pública                      |
| ___ Refugio para gente sin hogar (nombre) _____ | ___ Consejera _____                         |
| ___ “Family Justice Center”                     | ___ Departamento de Policía                 |
| ___ La Corte                                    | ___ Abogado/a (nombre) _____                |
| ___ Secretario del Condado                      | ___ El Alguacil (Sheriff)                   |
| ___ Secretario de Distrito                      | ___ St. Mary’s University Clinical Programs |
| ___ Folleto                                     | ___ Trabajador Social _____                 |
| ___ Televisión                                  | ___ Texas Rio Grande Legal Aid              |
| ___ Radio                                       | ___ Catholic Charities                      |
| ___ Cliente Previo                              | ___ Sitio de Internet                       |
| ___ Salud y Servicios Humanos                   | ___ Otro: _____                             |

“A mi leal saber y entender, la información aquí proporcionada en este documento es verdadera y correcta.”

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Devolver la forma completa a Family Violence Prevention Services, Inc. Attn: Legal Services Dept.,  
7911 Broadway, San Antonio, Texas 78209, Fax: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fyvs.org*