

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: _____

Niño #2 Sexo: _____

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

Niño #3 Sexo: _____

Niño #4 Sexo: _____

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

*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 Thrift	<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*