

# APLICACION PARA SERVICIOS LEGALES ORDEN DE PROTECCIÓN

File No.: \_\_\_\_\_ [uso de oficina solamente]

**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 INFORMAREMOS SI SU SOLICITUD HA SIDO ACEPTADA DENTRO SE CUATRO SEMANAS.**

**Nombre del solicitante:**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Apellido de Soltera
---------------	----------------	----------	---------------------

¿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 se archivo su caso? \_\_\_\_\_

¿Fue el caso presentado por usted. o de la parte contrario? \_\_\_\_\_

¿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? \_\_\_\_\_

¿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 paginas 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**

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

¿Es seguro recibir correo en la dirección anterior? \_\_\_\_\_

Dirección Alternativa Segura:

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

**Condado de residencia:** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo es residente del condado?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo es residente 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: \_\_\_**

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

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

*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*

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

4. 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 usted ciudadana de los Estados Unidos? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

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

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

5. ¿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? \_\_\_\_\_

6. ¿Con quién está viviendo? \_\_\_\_\_  
Nombre Relación a Usted

7. ¿Esta trabajando? \_\_\_\_\_  
Nombre de empleo Dirección

8. 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.

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

### **INFORMACION DEL PARTIDO CONTRARIO**

A continuación, proporcione información sobre la parte contrario (cónyuge, ex pareja, otro padre, etc.) Si usted no tiene un número de Seguro Social o número de licencia de conducir disponible para la parte contrario, por favor escriba "N/A" en el(los) espacio(s) apropiado(s).

9. \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Apellido de soltera

10. Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y nombre de la Calle Departamento/Edificio

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

*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*

¿Se puede atender a una parte contrario en la dirección anterior? \_\_\_\_\_ Si no es así, ¿en qué dirección se puede atender a una parte contrario? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

13. ¿Esta su cónyuge 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? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

15. Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

16. ¿Esta su cónyuge actualmente miembro de la fuerzas armadas? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

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

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

Dónde está empleada la parte contrario? ¿Dirección? \_\_\_\_\_

¿Es su cónyuge ciudadano de los Estados Unidos? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

17. ¿Tiene su cónyuge una condición mental o física? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

18. De ser así, favor de explique la condición e indicar si ha sido diagnosticado(a).

\_\_\_\_\_

19. ¿Alguna vez residió con la parte contrario? 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*

Si usted respondió "Sí", ¿cuándo te separaste? \_\_\_\_\_

20. ¿Cuál es su relación con la parte contrario? \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE LOS NIÑOS**

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

**Niño #1**      Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #2**      Sexo: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/ de la Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/ de la Guardería

**Niño #3**      Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #4**      Sexo: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

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

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

*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*

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

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

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/ de la Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/de la Guardería

**Niño #5**      Sexo: \_\_\_\_\_

**Niño #6**      Sexo: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Residencia Actual del Hijo/a

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/de la Guardería

\_\_\_\_\_  
Escuela del Hijo/a/de la Guardería

Alguien de Departamento de servicios familiares y de protección se ha puesto en contacto con usted alguna vez? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Si respondió "sí", proporcione el nombre, el número de teléfono y las circunstancias del trabajador del caso:

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

**LA VIOLENCIA DOMESTICA**

La violencia doméstica se puede definir como un patrón de comportamiento en cualquier relación que se utiliza para ganar o mantener el poder y el control sobre una pareja íntima. El abuso incluye acciones físicas, sexuales, emocionales, económicas y psicológicas o amenazas de acciones que influyen en otra

*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*

persona. La violencia doméstica puede resultar en traumas emocionales y lesiones físicas y puede incluir el abuso de niños y otros miembros de la familia, así como parejas íntimas.

Para ayudar a nuestra agencia en la evaluación de la urgencia de su caso, indique la naturaleza de la violencia que le sucedió a usted y/o a sus hijos. De el mes, el día y el año de cada incidente y explique lo que hizo la parte contrario. Tenga en cuenta si hay informes policiales y proporcione los números del caso, si es así. Incluya todos los incidentes de violencia que experimentó, incluidos los que no son muy recientes y los que no involucraron a la policía. Si no recuerda las fechas de los incidentes de violencia, escriba "N/A" en el(los) espacio(s) apropiado(s). Si la violencia que experimentó ocurrió durante un largo período de tiempo o constantemente durante su relación y no puede recordar un incidente específico, registre el maltrato a largo plazo y explique la frecuencia con la que ocurrió. Puede utilizar papel adicional si es necesario.

**Fecha del incidente:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia de Abuso:** \_\_\_\_\_

**Localización de la violencia:** \_\_\_\_\_

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

---

---

---

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

**Si la policía fue contactada, fue la parte contrario arrestada? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_**

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Frecuencia de Abuso: \_\_\_\_\_

Localización de la violencia: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

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

Si la policía fue contactada, fue la parte contrario arrestada? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

22. ¿Existen hechos negativos que la parte contrario pueda/utilizará en su contra? (por ejemplo, antecedentes penales, abuso de alcohol/drogas, abuso físico, etc.)

---

---

23. ¿Todos sus hijos menores viven con usted? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

24. ¿Ha contactado con la oficina del fiscal (o con el Centro de Justicia Familiar) para obtener una Orden de Protección? 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*

25. ¿Entiende que su caso puede ser rechazado si no proporciona una dirección precisa para la parte contrario para que pueda ser notificado? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_
26. ¿Ha tenido una Orden de Protección anterior SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_
27. ¿Alguna vez ha estado en la corte antes por alguna razón? Explique \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PROPIEDAD**

28. Si usted o su cónyuge tienen cualquier propiedad puesta abajo, favor de llenar la cajita que corresponde:

	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**

29. La siguiente información será utilizada para determinar elegibilidad financiera y recopilar una declaración que usted. 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.

<b><u>Ingreso Mensual</u></b>	<b><u>Cantidad</u></b>
a) <b>Ingreso Neto de Empleo</b>	\$ _____
b) <b>Manutención de Niños</b>	\$ _____
c) <b>Retiro</b>	\$ _____
d) <b>SSI/Seguro Social</b>	\$ _____
e) <b>TANF</b>	\$ _____
f) <b>Estampillas de alimentos</b>	\$ _____
g) <b>Beneficios de Desempleo</b>	\$ _____

*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*

h) Otro Ingreso \$ \_\_\_\_\_

i) Ingreso de Cónyuge o su pareja actual \$ \_\_\_\_\_  
(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:

¿Está recibiendo servicios de Family Violence Prevention Service Inc? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si respondió "sí", ¿qué servicios está recibiendo? \_\_\_\_\_

---

**30. ¿Cómo consiguió esta aplicación para nuestros servicios legales?**

\_\_\_ En Persona      \_\_\_ Teléfono      \_\_\_ Sitio de Internet      \_\_\_ Referencia

¿Si fue por referencia, por cual medio fue la referencia?

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

"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: (210) 675-5036, Email: Natalie.Pruitt@fvps.org*