

Teléfono:

Fax:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del/de la demandante: \_\_\_\_\_
Nombre del/de la demandado/a: \_\_\_\_\_
Número de expediente: \_\_\_\_\_
Número de caso del PACSES: \_\_\_\_\_
Otro número de ID oficial: \_\_\_\_\_

Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

(Por favor, escriba claramente con letra de molde)

INFORMACIÓN DEL/DE LA DEMANDANTE / GUARDIÁN: Relación con los menores: \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) \_\_\_\_\_

Sobrenombre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre (si no es la demandante) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Descripción física: Al. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Cabello \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Teléfono particular o de la casa ( ) \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono comercial o del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono móvil o celular ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_

Abogado del/de la demandante \_\_\_\_\_

Dirección del abogado del/de la demandante \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Pago neto \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_

Teléfono de la aseguradora ( ) \_\_\_\_\_

Estado civil con respecto al demandado/a: \_\_ Divorciado/a \_\_ Casado/a \_\_ Separado/a \_\_ Soltero/a

Fecha de matrimonio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Separación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Divorcio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lugar de matrimonio \_\_\_\_\_ Lugar de divorcio \_\_\_\_\_

Dirección del último domicilio conyugal \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DEL/DE LA DEMANDANTE / GUARDIÁN** (continuación)

Nombre de un pariente o amigo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección del pariente o amigo \_\_\_\_\_

Número telefónico del pariente o amigo ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS HIJOS** (Únicamente hijos del/de la demandado/a)

1. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Hospital de nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_

2. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Hospital de nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_

3. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Hospital de nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_

4. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Hospital de nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE LOS HIJOS** (continuación)

<u>5. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO
<u>Apellido de soltera de la madre</u>	<u>Nombre del padre</u>				
_____	_____				
<u>Hospital de nacimiento</u>	<u>Ciudad, Estado y País de nacimiento</u>				
_____	_____				

<u>6. NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</u>	<u>NO. SEGURO SOCIAL</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>¿CON PATERNIDAD ESTABLECIDA?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	SÍ O NO
<u>Apellido de soltera de la madre</u>	<u>Nombre del padre</u>				
_____	_____				
<u>Hospital de nacimiento</u>	<u>Ciudad, Estado y País de nacimiento</u>				
_____	_____				

**INFORMACIÓN DEL/DE LA DEMANDADO/A**

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera / Sobrenombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Descripción física: Al. \_\_\_\_\_ Pes \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Cabello \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Teléfono particular o de la casa ( ) \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono comercial o del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono móvil o celular ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y País de nacimiento \_\_\_\_\_

Abogado del/de la demandado/a \_\_\_\_\_

Dirección del abogado del/de la demandado/a \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Pago neto \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono del empleador ( ) \_\_\_\_\_



Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

**INFORMACIÓN DEL DEMANDANDO** (continuación)

Nombre de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono de la aseguradora ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de un pariente o amigo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección del pariente o amigo \_\_\_\_\_

Número telefónico del pariente o amigo ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ORDEN DE PENSIÓN ALIMENTICIA EXISTENTE / ASISTENCIA:**

¿Están los menores bajo un proceso de obtención de custodia? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, enumere los nombres de los menores: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo asistencia en efectivo o médica? Sí No ¿Está solicitándola? Sí No

¿Está recibiendo subsidio para el cuidado de menores? Sí No

No. de caso de su Asistencia Social \_\_\_\_\_

Orden de pensión alimenticia existente: Sí No No. de caso \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Cantidad para el/la cónyuge: \$ \_\_\_\_\_ al mes

Cantidad para los menores: \$ \_\_\_\_\_ al mes

Cantidad para la familia (cónyuge y menores): \$ \_\_\_\_\_ al mes

A mi leal saber y entender, confirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas. Comprendo que cualquier declaración falsa está sujeta a penalización de conformidad con lo establecido en el artículo 4904, del Título 18, de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa. C. S., Pennsylvania Consolidated Statutes) con relación a las falsificaciones sin juramentar ante las autoridades.

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del/de la demandante / Guardián

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:** (Encierre en un círculo la opción correcta)

TIPO DE BENEFICIARIO: con TANF (Ayuda temporal para las familias necesitadas) sin TANF IV-E

HONORARIOS PAGADOS: Sí No N/A

