

In the Court of Common Pleas of County, Pennsylvania

Phone:

Fax:

FOR OFFICE USE ONLY

Plaintiff Name: _____

Defendant Name: _____

Docket Number: _____

PACSES Case Number: _____

Other State ID Number: _____

Intake Information Questionnaire/Data Sheet

(Please print clearly)

DEMOGRAPHICS

PLAINTIFF'S / CARETAKER'S INFORMATION: Relationship to Children: _____

Name (Last, First, Middle) _____

Alias _____ Mother's Name (if not Plaintiff) _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Physical Description: Ht. _____ Wt. _____ Eyes _____ Hair _____ Race _____

DOB ____ / ____ / ____ SSN _____

Your Mother's Maiden Name _____

Your Father's Name _____

City, State and Country of Your Birth _____

DEFENDANT'S INFORMATION

Name (Last, First, Middle) _____

Maiden Name/Alias _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Physical Description: Ht. _____ Wt. _____ Eyes _____ Hair _____ Race _____

DOB ____ / ____ / ____ SSN _____

Mother's Maiden Name _____

Father's Name _____

City, State and Country of Birth _____

Service Type

Worker ID

Intake Information Questionnaire/Data Sheet

CHILDREN'S INFORMATION (Defendant's children only)

1. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

2. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

3. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

4. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

5. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

6. NAME (Last, First, Middle) SSN DOB AGE SEX PATERNITY ESTABLISHED?

YES OR NO
Mother's Maiden Name Father's Name

Hospital of Birth City, State and Country of Birth

CONTACT INFO

PLAINTIFF'S CONTACT INFORMATION:

Home () _____

Mobile Phone () _____

Business Phone () _____

Email Address _____

DEFENDANT'S CONTACT INFORMATION:

Home () _____

Mobile Phone () _____

Business Phone () _____

Email Address _____

PLAINTIFF'S RELATIVE / FRIEND CONTACT INFORMATION:

Relative or Friend Name _____ Relationship _____

Relative or Friend Address _____

Relative or Friend Phone Number () _____

DEFENDANT'S RELATIVE / FRIEND CONTACT INFORMATION:

Relative or Friend Name _____ Relationship _____

Relative or Friend Address _____

Relative or Friend Phone Number () _____

EMPLOYER INFO

PLAINTIFF'S EMPLOYER INFORMATION:

Employer Name _____ Net Pay \$ _____ per _____

Employer Address _____

Employer Phone () _____

DEFENDANT'S EMPLOYER INFORMATION:

Employer Name _____ Net Pay \$ _____ per _____

Employer Address _____

Employer Phone () _____

ATTORNEY INFO

PLAINTIFF'S ATTORNEY INFORMATION:

Plaintiff's Attorney _____

Plaintiff's Attorney Address _____

DEFENDANT'S ATTORNEY INFORMATION:

Defendant's Attorney _____

Defendant's Attorney Address _____

INSURANCE INFO

PLAINTIFF'S INSURANCE INFORMATION

Medical Insurance Carrier Name _____ Policy # _____

Medical Insurance Carrier Address _____

Carrier Phone () _____

DEFENDANT'S INSURANCE INFORMATION

Medical Insurance Carrier Name _____ Policy # _____

Medical Insurance Carrier Address _____

_____ Carrier Phone (____) _____

MARITAL / PATERNITY INFO

Marital Status with respect to Defendant: ___ Divorced ___ Married ___ Separated ___ Single

Date Married ___/___/___ Separated ___/___/___ Divorced ___/___/___

Place of Marriage _____ Place of Divorce _____

Address of Last Marital Domicile _____

ASSISTANCE/EXISTING SUPPORT ORDER INFORMATION:

Is(Are) the child(ren) a subject of any custody action? Y N

If Yes, list child(ren)'s name(s): _____

Are you receiving cash or medical assistance? Y N Applying? Y N

Are you receiving child care subsidy? Y N

Your Welfare Case # _____

Existing support order: Y N Case # _____ County _____ State _____

Amount for Spouse: \$ _____ Per month

Amount for Child(ren): \$ _____ Per month

Amount for Family (Spouse and Child[ren]): \$ _____ Per month

Do you have any concern for family violence? Y N

Do you have a need to keep your address confidential? Y N

I verify that the statements in this document are true and correct to the best of my knowledge. I understand that any false statement is subject to penalty in 18 Pa. C.S. § 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Date

Plaintiff/Caretaker Signature

FOR OFFICE USE ONLY: (Circle correct choice)

BENEFICIARY TYPE: TANF NON-TANF IV-E

FEE PAID: Y N N/A

En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de , Pensilvania

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)

DEMOGRAFÍA

INFORMACIÓN EL/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 _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ No. Seguro Social _____

Nombre de soltera de su madre _____

Nombre de su padre _____

Ciudad, estado y país de nacimiento _____

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 _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ No. Seguro Social _____

Apellido de soltera de la madre _____

Nombre del padre _____

Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

Cuestionario / Hoja de datos para la obtención de información

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

<u>1. 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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>2. 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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>3. 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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<u>4. 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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

<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>				

Hospital de nacimiento _____ Ciudad, Estado y País de nacimiento _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL/DE LA DEMANDANTE

Teléfono particular o de la casa () _____
Teléfono comercial o del trabajo () _____ Teléfono móvil o celular () _____
Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL/DE LA DEMANDADO/A

Teléfono particular o de la casa () _____
Teléfono comercial o del trabajo () _____ Teléfono móvil o celular () _____
Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL PARIENTE O AMIGO DEL/DE LA DEMANDANTE

Nombre de un pariente o amigo _____ Relación _____
Dirección del pariente o amigo _____

Número telefónico del pariente o amigo () _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EL PARIENTE O AMIGO DEL/DE LA DEMANDADO/A

Nombre de un pariente o amigo _____ Relación _____
Dirección del pariente o amigo _____

Número telefónico del pariente o amigo () _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR DEL/DE LA DEMANDANTE

Nombre del empleador _____ Pago neto \$ _____ al _____
Dirección del empleador _____
Teléfono del empleador () _____

INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR DEL/DE LA DEMANDADO/A

Nombre del empleador _____ Pago neto \$ _____ al _____
Dirección del empleador _____
Teléfono del empleador () _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

INFORMACIÓN PARA EL ABOGADO DEL/DE LA DEMANDANTE

Abogado del/de la demandante _____
Dirección del abogado del/de la demandante _____

INFORMACIÓN PARA EL ABOGADO DEL/DE LA DEMANDADO/A

Abogado del/de la demandante _____
Dirección del abogado del/de la demandante _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL/DE LA DEMANDANTE

Nombre de la compañía de seguros médicos _____ No. de Póliza _____
Dirección de la compañía de seguros médicos _____
Teléfono de la aseguradora () _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL DEMANDADO

Nombre de la compañía de seguros médicos _____ No. de Póliza _____
Dirección de la compañía de seguros médicos _____
_____ Teléfono de la aseguradora (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL MARTIMONIO / PATERNIDAD

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 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 _____

¿Piensa que está en riesgo de sufrir violencia familiar? Si No

¿Necesita que su dirección se guarde confidencialmente? Si No

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