

**The Superior Court of California,
County of Kern**



Family Court Services
1215 Truxtun Ave., 3rd Floor, Room 301
Bakersfield, CA 93301
Telephone: (661) 610-6700
Fax: (661) 688-7412
Email: FCS@kern.courts.ca.gov

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE CUSTODIA DE MENORES

INSTRUCCIONES:

Cuando el Tribunal de Familia envía un caso a Family Court Services para que realice una investigación sobre la custodia de menores, el cuestionario adjunto debe completarse y entregarse a Family Court Services dentro de diez (10) días o dentro del límite de tiempo fijado por el tribunal.

La investigación no se podrá iniciar hasta que **todas las partes** en el caso hayan presentado los cuestionarios.

Igualmente, no se podrá realizar la investigación sin la completa cooperación de los padres y se requiere que estén disponibles junto con los menores, para ser entrevistados ya sea en la oficina o en el hogar.

Cuando Family Court Services recibe una orden del Tribunal de Familia para realizar una investigación de custodia de menores, el Tribunal investiga la situación económica de los padres y si se determina que tienen la capacidad económica para pagar el costo de la investigación, el Tribunal podrá expedir una orden requiriendo que los padres reembolsen al Tribunal los costos de la investigación.

Consentimiento para la Evaluación de Custodia de Menores

El Tribunal Superior de California, del Condado de Kern, ha referido su caso a Family Court Services para que un profesional de salud mental lleve a cabo una evaluación. El Tribunal quiere considerar los factores que afecten la salud, seguridad, bienestar e intereses de los menores en el caso antes de expedir órdenes para su familia.

1) Proceso de la Evaluación

Un/una investigador/a de Family Court Services obtendrá información de diferentes fuentes, incluyendo entidades de las fuerzas del orden público, documentos financieros y entidades, servicios de protección de menores, escuelas, expedientes del Departamento de Vehículos Motorizados al igual que nuestras propias observaciones de usted, sus hijos y otras personas involucradas en el caso. Nuestra evaluación no hace uso de exámenes psicológicos. Hablaremos con personas cuyas opiniones e información sean pertinentes a este caso. Igualmente, le pediremos a usted firmar un documento el cual permitirá el acceso a información médica, legal, escolar o cualquier otra información relacionada a los asuntos que se están investigando. La autorización para obtener información también permitirá a otras personas proveer cualquier información que sea necesaria. Cada uno de estos pasos se ha diseñado para ayudarnos a entender clara y completamente todas las cuestiones que el Tribunal nos ha pedido investigar.

2) Fuentes Secundarias de Información

Generalmente llamaremos a profesionales con quien usted haya tratado que nos puedan proporcionar la información necesaria sobre usted o sus hijos. Generalmente estas fuentes secundarias de información pueden incluir a maestros, guarderías, agentes de las fuerzas del orden público, pediatras y otros médicos y terapeutas. Es posible que también se incluya a otros. Si se le ha ordenado participar en un programa de exámenes para determinar el uso de drogas o en un programa de control personal, es muy probable que nos comuniquemos con esas fuentes. No es muy probable que entrevistemos a todas las fuentes secundarias de información que se recomienden. Generalmente llamamos solamente a esas fuentes secundarias profesionales que creemos que puedan contribuir algo a la evaluación. Si usted tiene una o dos fuentes secundarias de información que usted piensa son cruciales para nuestra evaluación, por favor infórmenos. También le informaremos a todas las fuentes de información que es posible que el contenido de todas las entrevistas puede ser incluido en nuestro reporte de la evaluación y es posible que tengamos que testificar sobre estos contactos ante el Tribunal.

No es muy probable que entrevistemos a sus amigos o familiares ya que estos individuos generalmente son parciales a uno de los padres. Le recomendamos obtener cartas de amigos o familiares que crea puedan tener información pertinente. Reservamos el derecho de comunicarnos con cualquiera de esos individuos si necesitamos aclarar alguna información que nos hayan proporcionado por escrito.

Es su responsabilidad recoger los documentos originales que haya proporcionado a el/la investigador/a después que haya concluido la evaluación.

3) **Confidencialidad**

Muchos padres preguntan si la evaluación es confidencial. En pocas palabras, dentro del proceso no hay confidencialidad. Es posible que compartamos información que nos proporcione uno de los padres con el otro padre o es posible que le hagamos preguntas a uno de ustedes sobre lo que el otro padre, o alguna fuente secundaria de información nos haya dicho. Es posible que le preguntemos a los menores sobre cosas que usted o el otro padre hayan dicho. Le informaremos a los menores que lo que ellos digan no es confidencial, aunque también es posible que le informemos a ustedes, a sus abogados y al Tribunal si pensamos que sería para beneficio de los menores mantener la confidencialidad de la información. La razón por la que la evaluación no es confidencial es para proteger sus derechos de debido proceso de ley y asegurar que podamos aclarar cualquier cuestión que surgiera y obtener la información necesaria para nuestra evaluación y recomendaciones.

Por favor tenga en cuenta que las leyes del estado de California requieren que se reporte a las entidades apropiadas los casos donde exista sospecha razonable de abuso de menores o de ancianos o cualquier intención declarada de lastimar a otra persona y/o el riesgo inminente de lastimarse uno mismo o carecer de la capacidad de poder cuidarse uno mismo.

Ninguna grabación o ningún tipo de dispositivos de grabación se permiten durante cualquier contacto. No consentimos ser grabados y las grabaciones no consentidas constituyen una violación del artículo 632 del Código Penal. Si descubrimos que estamos siendo grabados directa o indirectamente, la infracción será remitida al Departamento del Sheriff para su investigación.

4) **Costos**

El costo de la evaluación se basará en el número de horas que se necesite para realizar la investigación y preparar el reporte a una tasa de \$90.00 por hora además de costos administrativos. Estos costos serán incluidos en el reporte.

Se requieren veinticuatro horas de notificación para cancelar u obtener una nueva cita sin que se le cobre una cuota adicional. Sin la notificación de las veinticuatro horas, el padre que falte a la cita probablemente tendrá que pagar una cuota adicional de \$90.00 por hora. Las ausencias excesivas pueden llevar a la suspensión de la evaluación con notificación al Tribunal sobre la parte de la evaluación que se haya completado.

5) **Recomendaciones**

Se preparará un reporte por escrito y se presentará ante el Tribunal. Recuerde que no importa cuál sea nuestra recomendación, ésta siempre estará basada en nuestro análisis de toda la información obtenida en la investigación y en lo que en nuestra opinión sería lo mejor para el bienestar de los menores. Se le entregará una copia a la parte en el caso que no tenga la representación de un abogado o al abogado directamente si la parte ha contratado uno.

6) **Confidencialidad de el Reporte**

Las leyes del estado de California y los estatutos del Tribunal prohíben la divulgación arbitraria de el reporte. El Tribunal puede imponer una sanción por la divulgación injustificada del reporte. El formulario FL-328 explicando las provisiones para la confidencialidad y quienes pueden tener acceso a este reporte estará anexado a su reporte: este delinea estas leyes y estatutos.

7) **Quejas**

Si usted tiene alguna inquietud o queja sobre el/la investigadora(a) que se asigne a su caso, puede comunicarse con la Supervisora de Family Court Services, Patricia Arredondo, la oficina está localizada en el 1215 Truxtun Avenue, 3rd Floor, Room 301, Bakersfield, CA 93301, (661)610-6700.

8) **Cambios de Residencia o Teléfono**

Usted tiene la responsabilidad de informarnos sobre cualquier cambio de domicilio o número de teléfono. La evaluación se podría suspender si no actualiza su información.

9) **Consentimiento y Autorización**

He leído y entiendo este Consentimiento para la Evaluación de Custodia de menores y expresamente autorizo a que Kern County Superior Court, Family Court Services y sus representantes lleven a cabo una evaluación.

Firma

Nombre letra de molde

Fecha

Número de Caso _____

Información Personal

Su nombre legal completo: _____

Otros nombres que use o haya usado (incluya su nombre de soltera): _____

Su relación a los menores: _____

Su dirección de correo electrónico: _____ Su Domicilio: _____

Domicilio donde recibe su correo si es diferente de su residencia: _____

Si no radica en el condado de Kern, favor de indicar condado donde radica: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Teléfono para mensajes: _____

Lenguaje preferido: _____ Adaptaciones especiales _____

**** Favor de notificar a la Oficina de Servicios del Tribunal de Asuntos de Familia
cambios de domicilio y teléfono****

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento _____ Raza: _____

Numero de Seguro Social: _____

Numero de Licencia de conducir o Identificación del estado: _____ Estado _____

Estado Civil (marque con circulo): Separado/a Divorciado/a Casado/a Soltero/a Viudo/a

Ocupación/Profesión: _____ Empleador actual: _____

Domicilio del empleador/compañía: _____

Número de teléfono del empleador/compañía: _____ Tiempo que ha trabajado allí: _____

Horario de trabajo actual: _____ Días de trabajo: _____

Marcar con un círculo el último grado escolar completado: 6 7 8 9 10 11 12

¿Graduado/a de la preparatoria? Sí ___ No ___ ¿Cuándo? _____

Escuela preparatoria a la que asistió: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____

¿Cuántos años en la Universidad/Escuela Vocacional?: _____ Programa de Estudios: _____

Nombre de la última universidad/escuela vocacional a la que asistió: _____

¿Se graduó? Sí ___ No ___ Fecha de la graduación: _____ Título superior recibido: _____

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?: Sí ___ No ___ ¿Cuál servicio? _____

Fecha que ingresó: _____ Fecha que se le dio de baja: _____

Tipo de Licenciamiento: Honorable ___ Por razones Médicas ___ Otro tipo ___

Indique todos sus matrimonios comenzando con el actual o más reciente.

Nombre del Cónyuge	Fecha de Matrimonio	Fecha de Separación	Fecha del Divorcio	¿Cuántos hijos tienen?

Indique todos sus hijos:

Nombre	Edad	Nombre del padre/la madre	¿Dónde viven?

Otras personas que viven en el hogar (adultos y menores):

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco al/ los menor(es)

Toda persona desde los 18 años de edad debe completar las Paginas de Identificación y de Consentimiento y Autorización al final de este cuestionario.

Información Financiera:

Favor de llenar este formulario completamente. **No omita ninguna información.** Esta información se necesita para establecer una cuenta en la oficina de pagos del Tribunal para que usted pueda pagar el costo de esta investigación.

Ingresos:

Salario Mensual Neto: _____ Fuente de ingresos: _____

Salario Neto del Cónyuge: _____ Fuente: _____

Pagos de Manutención a menores _____ Fuente: _____

Asistencia Pública (AFDC, Seguro Social, cupones alimenticios): _____ Condado: _____

Trabajador/a de su Caso _____ Otros Ingresos: _____

Fuente: _____

Total de Ingresos Mensuales de la Familia _____

Vehículos:

Año	Marca	Modelo	Valor	# de Placas

Gastos:

	Balance de la deuda	Pago Mensual
Renta/Pago de la casa		
Pagos de auto		
Cuidado de los niños		
Gas/Luz y teléfono		
Tarjetas de Crédito		
Pagos de Préstamos		
Pagos de Manutención		

Referencia:

Nombre: _____ Relación: Amistad _____ Pariente _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

(Se debe completar solamente por los padres. Si necesita más espacio favor de añadir otras páginas al cuestionario.)

Historial Médico

Indique todas sus enfermedades o incapacidades y medicamentos que toma regularmente:

Historial de Salud Mental

Nombre del Médico/Terapeuta	Domicilio	Razón por la Terapia	¿Cuándo?

Historial de Consumo de Alcohol

¿Ha consumido usted alcohol alguna vez? Sí___ No___ ****Si lo ha consumido, conteste las siguientes preguntas****

¿Qué clase(s) de alcohol toma usted? _____

¿Con qué frecuencia toma usted alcohol? _____

¿Qué edad tenía cuando tomó su primera bebida? _____

¿El consumo de alcohol le ha causado perder un empleo? Sí___ No___

¿El consumo de alcohol le ha causado arrestos? Sí___ No___

¿El hecho que usted toma ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?
Sí___ No___

Historial de Consumo de Drogas

¿Ha consumido usted drogas en alguna ocasión? Sí___ No___ ¿En alguna ocasión ha abusado de medicamentos recetados? Sí___ No___

****Si ha respondido que sí, contestar las siguientes preguntas****

Droga	Frecuencia de uso	Su edad la primera vez	Fecha de último uso

¿Ha perdido usted un empleo debido al uso de drogas? Sí___ No___ ¿Ha sido arrestado/a debido al uso de drogas? Sí___ No___

¿El hecho que usted use drogas ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?
Sí___ No___

Historial de Arrestos

¿Ha sido arrestado/a en alguna ocasión? Sí__ No__ ** Si ha sido arrestado/a conteste las siguientes preguntas**

Fecha	Cargos	Entidad que lo/la arrestó	¿Fue condenado/a?	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido usted investigado/a por los Servicios de Protección de Menores en alguna ocasión?
Sí__ No__

****Si ha sido investigado/a, conteste las siguientes preguntas****

Fecha	¿Cuál fue el problema / Situación?

Situación de Vivienda

Número de personas que viven en su residencia actual:____ Número de recámaras:____

Cuánto tiempo ha vivido usted en su residencia actual: _____

Renta_____ Está comprando____ Es dueño/a _____

Indique todos los domicilios donde haya vivido en los últimos tres años:

Domicilio	Fecha de cambió	Razón por haberse cambiado

Preguntas para los Padres

Describa sus cualidades positivas como padre/madre de los menores.

Describa sus puntos débiles como padre/madre de los menores.

La Situación Actual de la Custodia de los Menores

¿Tiene una orden judicial para la custodia de los menores? **Sí** **No**

Fecha que se expidió la orden judicial: _____

¿Es la orden judicial de la custodia de los menores provisional? **Si** **No**

¿Cuántas veces se ha presentado usted ante el tribunal por el asunto de la custodia de los menores? _____

Describa la situación actual de la custodia de los menores:

¿Cómo le gustaría compartir la crianza de los menores con el padre/madre?

Información sobre el padre/la madre de los menores

Indique las cualidades positivas del padre/de la madre de los menores

1.

2.

3.

4.

Inquietudes sobre el padre/la madre de los menores (marcar todo lo que aplique)

Nivel de Cooperación	No es problema	No se comunica	No cumple	Acoso / Hostigamiento
Habilidad como padre	No es problema	No disciplina	Demasiado estricto/a	Carece de destrezas como padre de familia
Maltrato de los menores	No es problema	Descuido	Maltrato físico	Abuso sexual
Hostilidad	No es problema	Frecuentes peleas verbales entre los padres	Maltrato verbal o emocional por el padre/madre contra usted	Abuso físico o sexual por el padre/madre contra usted
Apego/cariño a los menores	No es problema	Padre/madre no conoce bien al menor	Niño(a)/padre/madre pasan el tiempo mínimo juntos	No hay vínculo emocional entre padre/madre y el menor
Abuso de drogas o alcohol	No es problema	Hay problemas debido al consumo	Embriaguez frecuente	adicto/a o alcohólico/a

Historial de Arrestos

¿El padre/la madre ha sido arrestado/a alguna vez? **Sí** **No**

****Si ha sido arrestado/a, conteste las siguientes preguntas****

Fecha	Cargos	Entidad que lo/a arrestó	¿Fue condenado/a?

Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido investigado(a) el padre/la madre por los Servicios de Protección de Menores alguna vez? **Sí** **No**

****Si ha sido investigado/a, conteste las siguientes preguntas****

Fecha	Problema / Situación

Para hacer la mejor recomendación posible al Tribunal sobre su familia, es necesario tener toda la información que sea posible sobre su relación con cada uno de sus hijos. Por esa razón, le pedimos que complete las páginas 13-14 **para cada menor en el caso**. Haga fotocopias de estas páginas si es necesario. Conteste las preguntas lo mejor que pueda.

Cuestionario Sobre los menores

Nombre de su hijo/a _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Lugar de nacimiento: _____

Escuela: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Grado escolar: _____

Maestro/a _____ Número De salón: _____

¿Está su hijo/a en un programa de educación especial? Sí No

Si lo está, Incapacidad ____ RSP ____ Clase Día Especial ____

Médico de su hijo/a: _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Indique todos los problemas médicos _____

Indique todas la medicinas o tratamientos que el/la menor está recibiendo _____

Terapeuta del/de la menor (si aplica a su situación) _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Actividades extracurriculares del niño/a: _____

Cuénteme de este niño/a.

¿Qué clase de problemas tiene su hijo/a? (Social, emocional, intelectual, físico)

¿Qué ha hecho usted para tratar de ayudar a su hijo/a con estos problemas?

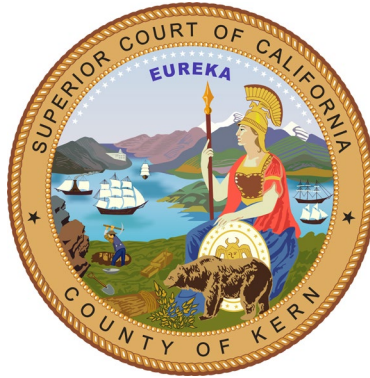
¿Cómo resuelven problemas en su familia?

Describa cualquier interés especial y/o actividades que usted y su hijo/a comparten.

Que disciplina funciona con su hijo/a?

¿Cómo se beneficiaría el / la menor si hubiera un cambio en la manera como usted comparte el tiempo de crianza o de visitas con el padre/madre?

The Superior Court of California,
County of Kern



Family Court Services
1215 Truxtun Ave. 3rd Floor, Room 301
Bakersfield, CA 93301
Telephone: (661) 610-6700
Fax: (661) 688-7412
Email: FCS@kern.courts.ca.gov

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN PERSONAL

Yo _____
(Nombre en letra de molde)

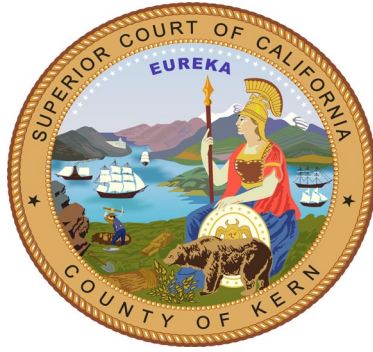
Autorizo a cualquier entidad pública, individuo, empleador actual o pasado, médico, psicólogo, terapeuta, hospital, distrito escolar público o privado (incluyendo a los maestros) que tenga en su posesión alguna información sobre mí o sobre los menores incluidos en esta investigación, incluyendo información psiquiátrica o confidencial, a proporcionar la misma (incluyendo copias) al Tribunal Superior por medio de su debidamente nombrado investigador/a para que el Tribunal la use para aquellos fines que encuentre convenientes. Entiendo que Family Court Services obtendrá mi historial criminal y del Departamento de Protección de menores durante esta evaluación.

Una copia de esta autorización tendrá el mismo valor que el original.

Esta Autorización Para Proporcionar Información Personal quedará en vigencia por un año a partir de la fecha que se firma salvo que por algún motivo la misma quede revocada antes de que se cumpla ese plazo.

Firma: _____ Fecha: _____

Número de Caso: _____



RELEASE OF INFORMATION For Parent/Caregiver

I, _____, as _____
Print name Relationship to child

specifically authorize any public agency, private person, employer or past employer, medical doctor, psychologist, treating therapist, hospital, public or private school districts (including teacher) possessing information about me or the minor child(ren), including psychiatric information, confidential or otherwise, to release same (including copies) to the Superior Court through its duly appointed Court Mediator/Investigator, such information to be used as the Court may deem fit and proper. I understand that Family Court Services will conduct a criminal and Child Protective Services' background check on me in the course of this investigation.

A copy of this release shall be as valid as the original.

This release shall remain in effect for one year from this date unless otherwise revoked.

Signature: _____ Date: _____

Case Number: _____

Información Personal De Los Adultos

Toda persona desde los 18 años de edad
que viva en el hogar debe completar estas
dos páginas al igual que la Autorización
Para Proporcionar Información Personal

Su nombre legal completo: _____

Otros nombres que use o haya usado (incluya su nombre de soltera): _____

Su relación a los menores: _____

Su dirección de correo electrónico: _____

Su Domicilio: _____

Domicilio donde recibe su correo si es diferente al de arriba: _____

Si no radica en el condado de Kern, favor de indicar condado donde radica: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono para recados: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento _____ Raza: _____

Seguro Social: _____ Licencia de conducir o Identificación del estado: _____

Estado _____

Estado Civil Separado/a Divorciado/a Casado/a Soltero/a Viudo/a
(marcar con un círculo)

Ocupación/Profesión: _____ Empleador actual: _____

Domicilio del empleador/compañía: _____

Teléfono del empleador/compañía: _____ Tiempo que ha trabajado allí: _____

Horario de trabajo actual: _____ Días de trabajo: _____

Marcar con un círculo el último grado escolar completado: 6 7 8 9 10 11 12

¿Graduado/a de la preparatoria? Sí__ No__ ¿Cuándo? _____

Escuela preparatoria a la que asistió: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

¿Cuántos años en la Universidad/Escuela Vocacional?: _____ Programa de Estudios: _____

Nombre de la última universidad/escuela vocacional a la que asistió: _____

¿Se graduó? Sí__ No__ Fecha de la graduación: _____ Título recibido: _____

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?: Sí__ No__ ¿Cuál servicio? _____

Fecha que ingresó: _____ Fecha que se le dio de baja: _____

Tipo de Licenciamiento: Honorable__ Por razones Médicas __ Otro tipo__

INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS ADULTOS

Indique todos sus matrimonios comenzando con el actual o el último.

Nombre del cónyuge	Fecha de Matrimonio	Fecha de Separación	Fecha de Divorcio	¿Cuántos hijos tienen?

Indique todos sus hijos:

Nombre	Edad	Nombre del padre/ la madre	¿Dónde vive su hijo/a?

Historial Médico:

Indique todas sus enfermedades o incapacidades y medicamentos que toma regularmente:

Historial de Salud Mental

Nombre del Médico/Terapeuta	Domicilio	Razón por la Terapia	¿Cuándo?

Historial de Consumo de Alcohol

¿Ha consumido usted alcohol alguna vez? Sí___ No___ ****Si lo ha consumido, conteste las siguientes preguntas****

¿Qué clase(s) de alcohol toma usted? _____

¿Con qué frecuencia toma usted alcohol? _____

¿Qué edad tenía cuando tomó su primera bebida? _____

¿El consumo de alcohol le ha causado perder un empleo? Sí___ No___

¿El consumo de alcohol le ha causado arrestos? Sí___ No___

¿El hecho que usted toma ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos?
Sí___ No___

Historial de Consumo de Drogas

¿Ha consumido usted drogas en alguna ocasión? Sí___ No___ ¿En alguna ocasión ha abusado de medicamentos recetados? Sí___ No___

****Si ha respondido que sí, contestar las siguientes preguntas****

Droga	Frecuencia de uso	Su edad la primera vez	Fecha de último uso

¿Ha perdido usted un empleo debido al uso de drogas? Sí___ No___ ¿Ha sido arrestado/a debido al uso de drogas? Sí___ No___

¿El hecho que usted use drogas ha causado algún problema entre usted y su familia o amigos? Sí___ No___

Historial de Arrestos

¿Ha sido arrestado/a en alguna ocasión? Sí___ No___ Si ha sido arrestado/a, conteste las siguientes preguntas.

Fecha	Cargos	Entidad que lo/la arrestó	¿Fue condenado/a?	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

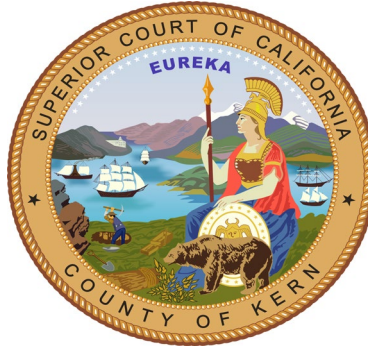
Historial de Contactos con Servicios de Protección de Menores

¿Ha sido usted investigado/a por los Servicios de Protección de Menores en alguna ocasión? Sí___ No___

Si ha sido investigado/a, contestar las siguientes preguntas.

Fecha	Problema / Situación

The Superior Court of California,
County of Kern



Family Court Services
1215 Truxtun Ave. 3rd Floor, Room 301
Bakersfield, CA 93301
Telephone: (661) 610-6700
Fax: (661) 688-7412
Email: FCS@kern.courts.ca.gov

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN PERSONAL

Yo _____
(Nombre en letra de molde)

Autorizo a cualquier entidad pública, individuo, empleador actual o pasado, médico, psicólogo, terapeuta, hospital, distrito escolar público o privado (incluyendo a los maestros) que tenga en su posesión alguna información sobre mí o sobre los menores incluidos en esta investigación, incluyendo información psiquiátrica o confidencial, a proporcionar la misma (incluyendo copias) al Tribunal Superior por medio de su debidamente nombrado investigador/a para que el Tribunal la use para aquellos fines que encuentre convenientes. Entiendo que Family Court Services obtendrá mi historial criminal y del Departamento de Protección de Menores durante esta evaluación.

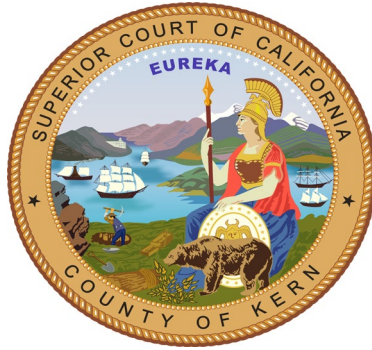
Una copia de esta autorización tendrá el mismo valor que el original.

Esta Autorización Para Proporcionar Información Personal quedará en vigencia por un año a partir de la fecha que se firma salvo que por algún motivo la misma quede revocada antes de que se cumpla ese plazo.

Fecha: _____

Firma: _____

Número de Caso: _____



RELEASE OF INFORMATION

For Parent/Caregiver

I, _____, as _____
Print name Relationship to child

specifically authorize any public agency, private person, employer or past employer, medical doctor, psychologist, treating therapist, hospital, public or private school districts (including teacher) possessing information about me or the minor child(ren), including psychiatric information, confidential or otherwise, to release same (including copies) to the Superior Court through its duly appointed Court Mediator/Investigator, such information to be used as the Court may deem fit and proper. I understand that Family Court Services will conduct a criminal and Child Protective Services' background check on me in the course of this investigation.

A copy of this release shall be as valid as the original.

This release shall remain in effect for one year from this date unless otherwise revoked.

Signature: _____ Date: _____

Case Number: _____

Proporcione a cada uno de sus testigos una copia de la Declaración del/ de la Testigo la cual usted podrá incluir con su cuestionario. Usted debe incluir el número del caso y su nombre en la parte de abajo del documento.

Sus testigos tendrán que firmar sus declaraciones y también incluir sus nombres, domicilios y números de teléfonos para que nuestro(a) investigador(a) pueda comunicarse con ellos/as. Si estos datos no se incluyen, la declaración no se tomará en cuenta.

Gracias por su atención y cooperación.

¿Qué ha visto usted que pudiera ayudar al Tribunal a elaborar un plan de custodia y visitas para los menores en este caso?

Firma _____ Fecha _____

¿Cuál es su relación/parentesco al padre/madre? _____

¿Por cuanto tiempo ha conocido a esta persona? _____

Complete la siguiente información para que el/la investigador/a se pueda comunicar con usted.

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (celular) _____

Número de Caso _____ Nombre del padre/la madre _____