

Envíe por correo o lleve formulario en persona: Child Custody Mediation,
 1221 Oak Street, Room 260, Oakland, CA 94611
 224 W. Winton Avenue Room 208, Hayward, CA 94544

ES NECESARIO LLENAR LAS ÁREAS OSCURAS

Fecha de su próxima corte:		Servicio: Si o No (Demante: ¿Le ha entregado la demanda al demandado?)					
# De su Caso:		# De su Corte/del departamento:		¿Cuál es su idioma materno:		¿Hablan Inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del abogado(a) de los menores:				<input type="checkbox"/> Los menores no están representado			
Menores (nombre y apellido)	Marque uno	Nacimiento	Edad	Menores (nombre y apellido)	Marque uno	Nacimiento	Edad
#1	<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Mas.			#3	<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Mas.		
#2	<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Mas.			#4	<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Mas.		
Nombre Completo:		Su relación a los menores:				<input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> Demandante	
Domicilio:			Ciudad, Estado:			Código Postal	
Teléfono de Casa: ()			Del Trabajo: ()			Fecha de Nacimiento	
Cell/Msg:			Email:				
Abogado: <input type="checkbox"/> No tengo abogado.							
Nombre Completo:		Su relación a los menores:				<input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> Demandante	
Domicilio:			Ciudad, Estado:			Código Postal	
Teléfono de Casa: ()			Del Trabajo: ()			Fecha de Nacimiento	
Cell/Msg:			Email:				
Abogado: <input type="checkbox"/> No tengo abogado.							
1st Joined Full Name:		Su relación a los menores:				<input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> Demandante	
Domicilio:			Ciudad, Estado:			Código Postal	
Teléfono de Casa: ()			Del Trabajo: ()			Fecha de Nacimiento	
Cell/Msg:			Email:				
Abogado: <input type="checkbox"/> No tengo abogado.							
2nd Joined Full Name:		Su relación a los menores:				<input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> Demandante	
Domicilio:			Ciudad, Estado:			Código Postal	
Teléfono de Casa: ()			Del Trabajo: ()			Fecha de Nacimiento	
Cell/Msg:			Email:				
Abogado: <input type="checkbox"/> No tengo abogado.							

Favor de contestar las preguntas siguientes:

1. ¿Con quién vive su hijo(s)? _____
2. ¿Hay alegaciones de abuso de: Drogas or Alcohol Violencia Doméstica
 Abuso de niños Secuestro de niños Caso/Corte Juvenile?
3. ¿Hay alegaciones de Violencia Doméstica jurado? Si No
 ¿Quien levantó la demanda? _____ ¿En contra de quién? _____
 ¿Tiene una Orden de Restricción actual? Si No
 a. ¿De que clase es su Restricción? DVPA Civil Criminal Emergencia Tribunal Juvenil. Desconocido
 b. ¿A quien restringe? _____
 c. ¿A quién protege? _____ ¿Cuándo expira? _____
 d. ¿Necesita la cita de mediación separada? Si No (marque solo si las alegaciones son de violencia doméstica jurado)

Orientation: Date & Time PET _____ RES _____ Other: _____ Mediation: Date & Time PET _____ RES _____ Other: _____
--

Instruccions especiales de la corte/Circunstancias especiales:
Acomodaciones especiales por incapacidad:

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____