

# SERVICIOS DE APOYO EN LEY FAMILIAR

## Forma de Admisión del Cliente



Fresh Start  
Women's Foundation

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

**Tiene usted una Orden de Protección?**  Sí  No Si, si fecha de notificación: \_\_\_\_\_

**Tiene usted Abogado?**  Sí  No **La otra persona, tiene abogado?**  Sí  No

**Numero de Caso en Corte de Familia:** \_\_\_\_\_

*Favor adjunte una copia de documentos recibidos de la Corte o de la otra persona, si es aplicable.*

**QUE TE GUSTARÍA HACER?** (Marque todo lo que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal con hijos               | <input type="checkbox"/> Modificar manutención de esposa                   |
| <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal sin hijos               | <input type="checkbox"/> Modificar Manutención de Menores /Médica          |
| <input type="checkbox"/> Establecer Manutención de Menores / Médica          | <input type="checkbox"/> Modificar tiempo de padres                        |
| <input type="checkbox"/> Establecer tiempo de padres                         | <input type="checkbox"/> Modificar Toma de Decisiones Legales / (Custodia) |
| <input type="checkbox"/> Establecer la Toma de Decisiones Legal / (Custodia) | <input type="checkbox"/> Otro: Esplique: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Hacer cumplir tiempo de padres                      |  |
| <input type="checkbox"/> Hacer cumplir Toma de Decisiones Legal / (Custodia) |  |
| <input type="checkbox"/> Hacer cumplir Manutención de Menores / Médica       |  |
| <input type="checkbox"/> Hacer cumplir manutención de esposa                 |  |

**INFORMACION ACERCA DE USTED**

Nombre completo (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Habido violencia doméstica?  Sí  No Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**El personal de apoyo en ley familiar se pondrá en contacto con usted por teléfono y correo electrónico para confirmar su cita.**

**Número de teléfono SEGURO con correo de voz disponible:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO SEGURO REQUERIDO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION ACERCA DE LA OTRA PERSONA**

Nombre completo (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Ocupación/a que se dedica: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**VOLTEAR PÁGINA PARA EXPLICAR SU SITUACION ACTUAL EN CASOS DE LEY FAMILIAR→**

<b>For Front Desk Staff Use Only</b>	<b>Family Law Support Staff Only:</b>
<p><b>Client Number:</b> _____</p> <p><b>Intake Date:</b> _____ <b>Time:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Client notified of \$10 fee (cash only)</p> <p><input type="checkbox"/> Client notified of Late Arrival Policy</p> <p><input type="checkbox"/> Client notified of Cancellation Policy</p>	<p><b>Service Provided:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Legal Information Session/Special Topic Class</p> <p><input type="checkbox"/> Social Worker/Fresh Start Program</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> NO FURTHER ACTION AT THIS TIME</p> <p><b>Assessment Scheduled:</b></p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>CIF Provided _____</p>

