

Teléfono: 412-350-5600

Fax: 412-350-7197

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 \_\_\_\_\_



**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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

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

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

\_\_\_\_\_  
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 móvil o celular ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono comercial o del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL/DE LA DEMANDADO/A**

Teléfono particular o de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil o celular ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono comercial o del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

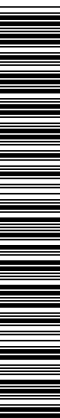
**INFORMACIÓN PARA EL ABOGADO DEL/DE LA DEMANDADO/A**

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

