



STATE OF CALIFORNIA
MADERA SUPERIOR COURT
 Family Court Services
 200 South G Street
 Madera, CA, 93637
 N.º DE TELÉFONO: (559) 416-5560
 N.º DE FAX: (559) 673-8216

**ADMISIÓN/CUESTIONARIO DE MEDIACIÓN
 DE TUTELA**

N.º DE CASO: _____
 SIGUIENTE FECHA EN EL TRIBUNAL: _____
 N.º DE FCS: _____

| | | | | | | |
|--|------------------|----------------------------------|--|---------|----------------|--------|
| SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL TUTOR | | | | | | |
| SU NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre): | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE): | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | | NOMBRE/TELÉFONO/FAX DEL ABOGADO: | | | |
| N.º DE TELÉFONO: | DIRECCIÓN: | | CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | |
| <u>DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN:</u> | | | | | | |
| *NOTA: LOS INFORMES SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN DE CORREO QUE PROPORCIONÓ ARRIBA. | | | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR: (si está desempleado escriba "desempleado") | | | | | | |
| HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida): | | | | | | |
| DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
| ¿Quién cuida a los niños cuando no está disponible? Proporcione el nombre y n.º de teléfono: | | | | | | |
| SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA) | | | | | | |
| NOMBRE DEL PADRE (apellido y primer nombre): | | DIRECCIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO: | CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | N.º DE TELÉFONO: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR: (si está desempleado escriba "desempleado") | | | | | | |
| HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida): | | | | | | |
| DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
| SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO (LLENE LO MEJOR QUE PUEDA) | | | | | | |
| NOMBRE DEL PADRE (apellido y primer nombre): | | DIRECCIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO: | CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | N.º DE TELÉFONO: | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR: (si está desempleado escriba "desempleado") | | | | | | |
| HORARIO DE TRABAJO DIARIO (hora de entrada y salida): | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|

SECCIÓN 4: INQUIETUDES Y PROPUESTAS

1. ¿Cuáles son las **tres preocupaciones más importantes** que le gustaría abordar con los Servicios del Tribunal Familiar?

2. ¿Hay una orden de visitas vigente? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es?

3. ¿Desea que el plan actual de visitas **cambie**? Sí No Si responde sí, responda lo siguiente:
 a. Quiero **cambiar** el tiempo que los niños pasan con cada padre a: _____

4. Si desea que **cambie** el plan de visitas actual, ¿cómo **beneficiarían a los niños** los cambios propuestos?

SECCIÓN 5: PARTICIPACIÓN ENTRE EL PADRE BIOLÓGICO Y LOS NIÑOS (NO DEJE EN BLANCO)

a. ¿Cuál ha sido su participación o la de los padres biológicos con respecto al cuidado de los niños?

SECCIÓN 6: SU PARTICIPACIÓN EN LA CONSEJERÍA, LOS TRIBUNALES Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL (CPS)

1. ¿Ha estado alguna vez en consejería o ha tenido problemas de abuso de sustancias? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo y para qué problemas? _____

2. ¿Alguna vez lo han arrestado? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué cargos? _____

3. ¿Alguna vez los Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS) han estado involucrados con su familia por denuncias de abuso o negligencia infantil? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo y cuál fue el resultado?

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN SOBRE SU NOVIO, NOVIA O CÓNYUGE ACTUAL

| | | |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Nombre completo: | Fecha de nacimiento: | N.º de seguro social: |
| Otros nombres utilizados: | N.º de licencia de conducir/del estado: | Fecha en que comenzó la relación: |

