



**MADERA COUNTY SUPERIOR COURT
FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LOS DEMANDANTES: TUTELA**

NOMBRE DE LOS DEMANDANTES: _____

NÚMERO DE CASO: _____ **N.º DE ARCHIVO DEL FCS:** _____

FECHA EN EL TRIBUNAL: _____ **DEPARTAMENTO:** _____ **HORA:** _____

RELACIÓN DEL DEMANDANTE CON EL MENOR: _____

NIÑOS EN CUESTIÓN: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
_____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

PADRES BIOLÓGICOS: **Madre** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
Padre _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

¿Dónde reside el menor en este momento? Con el demandante Con los padres Otro:
Marque la casilla que corresponda a los alegatos en esta demanda:

- Violencia doméstica Abuso de sustancias Abuso infantil
 Descuido general Ausencia del cuidador Otro:

En las siguientes preguntas, no revele los nombres de la parte informante que se comunicó con Servicios de Bienestar Infantil (Children Welfare Service, CWS)/Servicios de Protección Infantil (Children Protection Service, CPS). Esa información se mantendrá CONFIDENCIAL.

¿Tiene conocimiento de alguna denuncia del Servicio de Bienestar Infantil (CPS) contra los padres? Sí No

Si es así, ¿está al tanto del resultado de las quejas? Sí No

¿Conoce los nombres de los trabajadores sociales? Sí No

¿Un trabajador social lo refirió al Tribunal de Sucesiones? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles fueron las razones que le dieron para la referencia? _____

¿Le ofrecieron un Plan voluntario temporal de administración de casos por medio de CWS para tener el cuidado de custodia del menor en cuestión y le dijeron que presentara una Tutela de sucesión en una fecha determinada? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione al tribunal una copia del plan.

Firma del demandante/abogado

Dirección

Número de teléfono