



**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