

Atención: Este formulario se tradujo para utilizarse como guía al llenar el cuestionario RI-FL024 en inglés. Si necesita ayuda para llenar sus formularios, puede acudir al Centro de Autoayuda del tribunal o con un abogado, o puede ir a una biblioteca legal y pedirle al bibliotecario libros que le puedan ayudar (o usar el servicio en línea en inglés "Ask the Law Librarian" [Pregúntele al bibliotecario legal]).

HORA DE REGISTRO: _____

CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE RIVERSIDE

Recuerde que el proceso de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores es confidencial en cuanto a que la información de su caso solo se compartirá con quienes estén autorizados para recibir dicha información, incluido el juez. La ley también exige que el consejero de recomendación informe al Departamento de Servicios Sociales o a las agencias del orden público de cualquier sospecha razonable de abuso o descuido infantil, o si alguna de las partes, incluidos los menores, representan un peligro para sí mismos o para los demás.

FECHA: _____

NOMBRE DEL CASO: _____

N.º DE CASO: _____

Para uso exclusivo del tribunal

Solo para información

No entregar en el tribunal

CONFIDENCIAL

CUESTIONARIO INICIAL DE CONSEJERÍA PARA LA RECOMENDACIÓN DE CUSTODIA DE MENORES

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (APELLIDO)

Dirección actual: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Hace cuánto que vive en esa dirección? _____

Teléfono: _____

Nombre de su empleador: _____ Lugar de trabajo: _____

Oficio: _____ Tiempo que lleva trabajando: _____

Horario de trabajo (días y horas): _____ Días libres: _____

II. INFORMACIÓN DE LOS MENORES QUE FORMAN PARTE DEL CASO

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Edad	Nombre y horario de la escuela a la que asiste	Grado

1. ¿El Departamento de Protección Infantil (CPS) está involucrado con sus hijos actualmente? No Sí

En caso afirmativo, explique:

Nombre del trabajador social: _____

Condado: _____ Teléfono: _____

2. ¿Alguna vez se ha hecho una remisión al Departamento de Protección Infantil (CPS) con referencia a alguno de sus hijos? No Sí

En caso afirmativo, explique:

3. ¿Alguno de sus hijos tiene necesidades educativas, médicas o emocionales especiales? No Sí

En caso afirmativo, explique:

4. ¿Alguno de sus hijos está recibiendo terapia? No Sí Anteriormente Actualmente

En caso afirmativo, explique:

¿Cuánto tiempo llevan recibiendo terapia? _____

¿Con qué frecuencia van a terapia sus hijos? _____

Nombre del terapeuta: _____ Teléfono: _____

5. ¿Alguno de sus hijos está tomando medicamentos? No Sí

En caso afirmativo, explique:

III. INFORMACIÓN DE OTROS MENORES QUE VIVAN CON USTED, PERO QUE NO SON PARTE DEL CASO

Nombre	Género	Edad	Relación con usted

IV. INFORMACIÓN DE OTROS ADULTOS QUE VIVAN CON USTED

(Enumere a todas las personas, excepto por su cónyuge/pareja)

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con usted

V. INFORMACIÓN SOBRE USTED Y EL OTRO PADRE

1. ¿Cuál es su relación con el otro padre de los menores del caso?

(Marque todas las casillas correspondientes)

- a. Estamos casados o somos pareja registrada actualmente.
- b. Estuvimos casados o registrados como pareja.
- c. Estamos viviendo juntos.
- d. Solíamos vivir juntos.
- e. Estamos saliendo o solíamos salir juntos.
- f. Nunca tuvimos una relación seria.
- g. Estuvimos casados. Fecha del matrimonio: _____
- h. Estamos separados. Fecha de la separación: _____
- i. Estamos divorciados. Fecha del divorcio: _____

2. ¿Está usted en una relación con otra persona que no sea el otro padre actualmente? No Sí

En caso afirmativo, especifique (marque todas las casillas correspondientes):

- a. Estamos casados o somos pareja registrada actualmente.
- b. Estamos viviendo juntos.
- c. Estamos saliendo, pero no vivimos juntos.
- d. Tenemos hijos de esta relación.

Nombre del cónyuge/pareja: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

3. ¿Usted o el otro padre tiene alguna necesidad médica especial? No Sí

En caso afirmativo, explique:

4. ¿Usted o el otro padre está recibiendo terapia? No Sí

En caso afirmativo, brinde la siguiente información:

Nombre del terapeuta: _____ Teléfono: _____

5. ¿Usted o el otro padre alguna vez ha sido hospitalizado por motivos psiquiátricos? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

6. ¿Usted o el otro padre está tomando algún medicamento? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

7. ¿Usted o el otro padre consume drogas o alcohol? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

8. ¿Usted o el otro padre ha sido arrestado o condenado por un delito? No Sí

En caso afirmativo, explique (*qué cargos se imputaron, cómo se resolvieron los cargos, dónde se imputaron los cargos, etc.*): _____

VI. PLAN DE CRIANZA CON RESPECTO A LA CUSTODIA Y VISITAS

1. ¿Hay alguna orden vigente de custodia y visitas de sus hijos en el condado de Riverside o en algún otro condado o estado? No Sí (en caso afirmativo, explique a continuación):

Tribunal de Derecho Familiar; condado/estado: _____ N.º de caso _____

Tribunal de Menores; condado/estado: _____ N.º de caso _____

Otro tribunal; condado/estado: _____ N.º de caso _____

¿Qué órdenes se impusieron?:

2. ¿Cómo están compartiendo actualmente el tiempo que pasan sus hijos con usted y el otro padre?

Explique el horario compartido actual: _____

3. ¿Cómo le gustaría compartir el tiempo que pasan sus hijos con usted y el otro padre? (NO USE porcentajes %)

Explique el horario que considere que más les beneficiaría a sus hijos (indique días y horas específicas):

VII. HISTORIAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Si no se siente seguro al reunirse con el otro padre y el consejero de recomendación de custodia, dígaselo al secretario de la ventanilla de recepción inmediatamente.

1. ¿Hay un historial de violencia doméstica entre usted y el otro padre? No Sí

En caso afirmativo, explique:

2. ¿Hay una orden de restricción vigente por violencia doméstica o de cualquier otro tipo? No Sí

Condado/estado que la emitió: _____ N.º de caso: _____

Fecha en que se emitió: _____

3. ¿Se ha llamado a la policía o a alguna otra agencia del orden público debido a violencia doméstica entre usted y el otro padre? No Sí

En caso afirmativo, explique (*cuántas veces, si se arrestó a alguien, dónde ocurrió el incidente, etc.*):

4. ¿Ha recibido atención médica de un doctor u hospital debido a lesiones sufridas por violencia doméstica entre usted y el otro padre? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

5. ¿Alguno de sus hijos ha estado presente durante un incidente de violencia doméstica? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____

Si existe un historial de violencia doméstica entre usted y el otro padre, o si tiene una orden de restricción en contra del otro padre, tiene derecho a tener una sesión de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores por separado (sin el otro padre) y contar con una persona de apoyo presente durante la sesión de consejería y durante la audiencia. El consejero de recomendación de custodia hablará con usted sobre las reglas y políticas relacionadas con la presencia de una persona de apoyo durante la sesión.

Estoy dispuesto(a) a reunirme junto con el otro padre y el consejero de recomendación de custodia de menores.

Solicito reunirme por separado con el consejero de recomendación de custodia de menores.

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información de esta sección relacionada con el historial de violencia doméstica es verdadera y correcta.

Solo para información

(FIRMA)

(FECHA)

N.º de caso: _____

VIII. Los informes de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores por lo general estarán disponibles para usted dos (2) días antes de su audiencia. A continuación, indique cómo le gustaría recibir su informe de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores.

- 1. Pasaré por el informe en persona (debe presentar identificación con fotografía).
- 2. Deseo que me envíen el informe electrónicamente:

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA ELECTRÓNICA DE LOS INFORMES DE CONSEJERÍA PARA LA RECOMENDACIÓN DE CUSTODIA DE MENORES [CRCC]:

Soy la parte solicitante parte demandada otra: _____ del caso indicado anteriormente y, por medio de la presente, autorizo al Tribunal Superior de Riverside que envíe electrónicamente mis informes de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores (CCRC) a la persona o personas indicadas a continuación, de la siguiente manera:

- a. Correo electrónico
 - i. Nombre del destinatario: _____
Dirección de correo electrónico: _____
 - ii. Nombre del destinatario: _____
Dirección de correo electrónico: _____
- b. Facsímil
 - i. Nombre del destinatario: _____
N.º de fax: _____
 - ii. Nombre del destinatario: _____
N.º de fax: _____

Autorizo al Tribunal Superior de Riverside que envíe mis informes de Consejería para la Recomendación de Custodia de Menores (CCRC) electrónicamente.

Solo para información

(FECHA)

(FIRMA)