

Atención: Este formulario se tradujo para que se utilice como una guía para llenar el cuestionario RI-FL204 en Inglés. Si necesita ayuda para llenar sus formularios, puede pedirle al centro de ayuda de la corte o un abogado, o puede ir a una biblioteca legal y pedirle al bibliotecario libros que lo puedan ayudar (o use el servicio en línea -en inglés- Ask the Law Librarian (Pregúntele al bibliotecario)).

**TRIBUNAL SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE RIVERSIDE**

**RI-FL024-S**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA CAUSA:** \_\_\_\_\_

**Nº DE CAUSA:** \_\_\_\_\_

*Para Uso del tribunal únicamente*

**Solo para información**

**No entregue a la Corte**

**CONFIDENCIAL**

**CUESTIONARIO DE ASESORAMIENTO PARA LA RECOMENDACIÓN DE CUSTODIA DE MENORES**

Por favor, dese cuenta que el proceso de asesoramiento para la recomendación de custodia es confidencial hasta el punto que la información de su causa solo se va a compartir con aquellos que estén autorizados para recibir esta información, incluyendo el juez. La ley exige que el asesor de recomendación informe al Departamento de servicios sociales o a las agencias del orden público de cualquier sospecha de abuso infantil o abandono, o si alguna de las partes, incluyendo los menores, representan un peligro para ellos mismos o para los demás.

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta dirección? \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Oficio: \_\_\_\_\_ Tiempo que lleva trabajando: \_\_\_\_\_

Horario de Trabajo: \_\_\_\_\_ Días libres: \_\_\_\_\_

Abogado (si lo tiene): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Abogado: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**II. INFORMACIÓN SOBRE LOS MENORES INVOLUCRADOS EN ESTA CAUSA**

Nombre	Masculino /Femenino	Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre de la escuela a la que asiste	Grado

1. ¿Tiene alguno de sus hijos necesidades educativas, médicas, o emocionales especiales?  
 No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. ¿Está alguno de sus hijos recibiendo terapia?  No  Sí  Pasado  Presente

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevan recibiendo terapia? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia van a terapia? \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguno de sus hijos está tomando medicamento?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez se ha hecho un informe al Departamento de protección al menor con referencia a estos niños?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. ¿Está el Departamento de protección al menor involucrado con su familia en este momento?

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Trabajador Social: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN SOBRE OTROS MENORES QUE VIVAN CON USTED, PERO QUE NO ESTÉN INVOLUCRADOS EN ESTA CAUSA**

Nombre	Masculino /Femenino	Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre de la escuela a la que asiste	Grado

**IV. INFORMACIÓN SOBRE OTROS ADULTOS QUE VIVEN CON USTED**

(Por favor, nombre a todas las personas aparte de su cónyuge/pareja)

Nombre	Edad	Relación con usted	Fecha de nacimiento

**V. INFORMACIÓN SOBRE USTED Y EL OTRO PADRE**

1. ¿Cuál es su relación con el otro padre de los menores involucrados en esta causa?  
(Por favor, marque todas las casillas que correspondan)

- a.  Estamos casados actualmente o somos pareja de hecho registrada.
- b.  Estuvimos casados o registrados como pareja de hecho.
- c.  Estamos viviendo juntos.
- d.  Solíamos vivir juntos.
- e.  Estamos saliendo o solíamos salir juntos.
- f.  Estamos separados. Fecha de la separación: \_\_\_\_\_
- g.  Estamos divorciados. Fecha del divorcio: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene usted en la actualidad una relación con otra persona que no sea el otro padre?  
 No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor conteste lo siguiente: (Por favor, marque todas las casillas que correspondan)

- a.  Estamos casados actualmente o somos pareja de hecho registrada.
- 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: \_\_\_\_\_

Nº de seguro social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene usted o el otro padre alguna necesidad médica especial?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted o el otro padre recibiendo terapia?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted o el otro padre tomando algún medicamento?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Alguno de los padres consume alcohol o drogas?  No  Sí

8. ¿Ha sido usted o el otro padre alguna vez arrestado o condenado por algún delito?  No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique (cuáles fueron las acusaciones que se promovieron, cuál fue el resultado de esas acusaciones, dónde se promovieron las acusaciones, etc.)

**VI. PLAN DE CRIANZA CON RESPECTO A LA CUSTODIA Y VISITACIÓN**

1. ¿Hay alguna orden en este momento de custodia y visitación en relación a sus hijos en el condado de Riverside o en algún otro condado/tribunal?

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo está usted en este momento compartiendo a los niños con el otro padre?

Por favor, explique el horario actual: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo le gustaría a usted compartir a los niños con el otro padre?

Por favor, explique el horario que usted cree que le beneficiaría más a sus hijos: \_\_\_\_\_

### VII. HISTORIAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Si usted no se siente seguro reuniéndose al mismo tiempo con el otro padre y con el asesor de recomendación de custodia, por favor, infórmele a la secretaria en la ventanilla de recepción inmediatamente.

1. ¿Ha habido algún historial de violencia intrafamiliar entre usted y el otro padre?

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Hay una orden de alejamiento por violencia intrafamiliar en vigor?  No  Sí

(Fecha de la orden: \_\_\_\_\_ )

3. ¿Se ha llamado a la policía o a alguna otra agencia del orden público para que vayan a su casa?

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique (cuántas veces, se arrestó a alguien, dónde sucedió eso, etc.)

4. ¿Ha recibido usted cuidados médicos por parte de un doctor o un hospital por causa de lesiones sufridas por violencia intrafamiliar?

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Han estado los niños presentes cuando ha habido incidentes de violencia intrafamiliar?

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Si hay historial de violencia intrafamiliar entre usted y el otro padre, o si usted tiene una orden de alejamiento en contra de el otro padre, usted tiene derecho a tener una sesión de asesoramiento para la recomendación de custodia (por separado) y a tener una persona de apoyo con usted durante la sesión y durante la audiencia. El asesor de recomendación de custodia hablará con usted sobre las normas y políticas relacionadas con el uso de una persona de apoyo durante la sesión.**

Estoy dispuesto a reunirme junto con el otro padre y con el asesor de recomendación de custodia.

Solicito reunirme por separado con el asesor de recomendación de custodia.

*Yo declaro, bajo pena de perjurio, que la información en la sección siete con referencia a violencia intrafamiliar es verdadera y correcta.*

**Solo para información**

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

Nº de Causa \_\_\_\_\_

**VIII. AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA ELECTRÓNICA DE LOS INFORMES DE LOS ASESORES DE RECOMENDACIÓN DE CUSTODIA (CCRC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).**

1. Yo, la  parte demandante  Parte demandada  Otra: \_\_\_\_\_  
por la presente doy autorización al tribunal superior de Riverside de enviar electrónicamente mis informes de asesoría de recomendación de custodia (CCRC) de la causa anteriormente mencionada a la persona o personas indicadas a continuación utilizando los siguientes métodos:

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: \_\_\_\_\_  
Nº de Fax: \_\_\_\_\_

ii. Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
Nº de Fax: \_\_\_\_\_

*Doy autorización al tribunal superior de Riverside de enviar mis informes de asesoramiento para la recomendación de custodia electrónicamente.*

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

Solo para información

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)