

King County Superior Court Family Court Services



DENTRO DE LOS 10 DÍAS DE HABER RECIBIDO ESTE CUESTIONARIO, POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SEMINARIO “QUÉ PASA CON LOS NIÑOS”, Y ENVÍELO POR CORREO (SI AÚN NO HA PARTICIPADO EN ESTE SEMINARIO). SI YA ASISTIÓ AL SEMINARIO, SÍRVASE ENVIAR UNA COPIA DE SU CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN EL SEMINARIO JUNTO CON ESTE CUESTIONARIO COMPLETADO.

****ESTE CUESTIONARIO SE DEBE COMPLETAR EN EL IDIOMA INGLÉS****

FAMILY COURT SERVICES
KING COUNTY SUPERIOR COURT
KING COUNTY COURTHOUSE
516 THIRD AVENUE ROOM W-280
SEATTLE, WA 98104
TELÉFONO: (206) 477-1500
FCS@KINGCOUNTY.GOV

INDIQUE A CONTINUACIÓN LA
FECHA DE SU SEMINARIO: _____

CUESTIONARIO DE MEDIACIÓN

DENTRO DE LOS 10 DÍAS, ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA ARRIBA

NOMBRE DE LA PARTE DEMANDANTE Madre/Padre CORREO ELECTRÓNICO DE USTED
(coloque un círculo alrededor de uno)

NOMBRE DE LA PARTE DEMANDADA Madre/Padre # TRIBUNAL SUPERIOR # FCS
(coloque un círculo alrededor de uno)

OTRAS PARTES Relación con la parte demandante/demandada/menor

1. DATOS IDENTIFICATORIOS SUYOS:

Nombre: Apellido Primer nombre Segundo nombre Nombre de nacimiento Otros nombres

Domicilio actual: Ciudad Estado Código postal

Dirección postal (si es diferente al domicilio): Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: Celular: Teléfono en el trabajo: ¿Puede recibir llamadas en el trabajo? Sí No

Fecha de nacimiento/edad: Raza (optativo) Años de educación completados:

Nombre de su abogado: Teléfono:

¿NECESITA INTÉRPRETE? Sí No ¿PARA CUÁL IDIOMA? _____

2. MENORES INVOLUCRADOS EN ESTE CASO:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Vive con:

3. LISTA DE OTROS MENORES (de otras relaciones, hijastros, etc.):

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

4. LISTA DE OTROS ADULTOS QUE VIVEN CON USTED:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

Nombre: Fecha de nacimiento: Edad: Relación:

5. **LISTA DE SUS MATRIMONIOS O RELACIONES DE PAREJA (inclusive la actual):**

- a. Nombre del otro padre de los menores: _____
 Fecha de matrimonio: _____ Separación: _____ Decreto: _____ Otro: _____
 Motivo de la separación: _____
- b. Nombre de su pareja: _____
 Fecha de matrimonio: _____ Separación: _____ Decreto: _____ Otro: _____
 Motivo de la separación: _____
- c. Nombre de su pareja: _____
 Fecha de matrimonio: _____ Separación: _____ Decreto: _____ Otro: _____
 Motivo de la separación: _____

6. **MARQUE CUÁLES DE LOS SIGUIENTES MEJOR INDICA LO QUE A USTED LE PREOCUPA:**

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Con cuál de las partes van a vivir los niños | <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> Cantidad de la manutención de menores | <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> Quién toma las decisiones con respecto a los niños | <input type="checkbox"/> Problemas de descuido |
| <input type="checkbox"/> Cobertura médica para los niños | <input type="checkbox"/> Reubicación (mudanza) |
| <input type="checkbox"/> Cantidad de tiempo que tendré con los niños | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Cantidad de tiempo que tendrá la otra parte con los niños | |
| <input type="checkbox"/> Other (Describe): _____ | |

7. **SERVICIOS SOCIALES O CONSEJOS:**

Agencia, proveedor, dónde se encuentra, números telefónicos y de fax

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consejos particulares _____ | <input type="checkbox"/> Clases de crianza _____ |
| <input type="checkbox"/> Consejos de pastores _____ | <input type="checkbox"/> Evaluador particular _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección del Menor (CPS) _____ | <input type="checkbox"/> Mediador particular _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del uso de drogas o alcohol _____ | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento contra drogas o alcohol _____ | <input type="checkbox"/> Tratamiento contra la violencia intrafamiliar _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Marque los servicios que haya recibido anteriormente del Tribunal Superior del Condado de King:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mediación | <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Evaluación por Violencia Intrafamiliar |
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> G.A.L. | <input type="checkbox"/> Tribunal de Menores |

8. **¿HA SIDO ARRESTADO ALGUNO DE LOS PADRES EN ALGÚN MOMENTO?**

Madre: Padre:

Cargos y disposición del caso: _____ Fecha: _____

Oficial de Libertad Probatoria: _____ Teléfono: _____

9. **SERVICIO MILITAR:**

Rama: _____

Fechas de servicio activo: _____ Situación de dada de baja: _____

10. **¿CUÁNDO ESTÁN LOS MENORES CON CADA PARTE?** _____

¿Hace cuánto tiempo que existe este régimen? _____

METAS DE LA MEDIACIÓN:

A) HAGA UNA LISTA DE LOS PUNTOS CON QUE ESTÁ DE ACUERDO CON RESPECTO AL PLAN DE CRIANZA:

B) HAGA UNA LISTA DE LOS PUNTOS CON QUE ESTÁ EN DESACUERDO CON RESPECTO AL PLAN DE CRIANZA:

C) HAGA UNA LISTA DE TODAS LAS INQUIETUDES QUE SE DEBEN INDICAR EN SU PLAN DE CRIANZA
(por ejemplo, violencia intrafamiliar, abuso de menores, abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, etc.):

D) ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS CON RESPECTO A SU PLAN DE CRIANZA QUE NECESITAN ATENCIÓN INMEDIATA?

12. POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	SÍ	NO
A. Por lo general la mediación se realiza cuando todas las partes están juntas en la misma sala. ¿Le preocupa a usted estar en la misma sala con la otra parte durante una mediación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Le tiene temor a la otra parte por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. La otra parte, ¿lo/la ha amenazado con lastimarlo/la de alguna forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. La otra parte, ¿lo/la ha golpeado o usado algún tipo de fuerza física en su contra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. En algún momento, ¿ha llamado usted a la policía, pedido una orden de protección contra el maltrato, o pedido ayuda para sí mismo/a como resultado de los malos tratos de la otra parte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Actualmente, ¿siente temor que la otra parte le causará lesiones físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. La mediación es un procedimiento durante el cual las partes trabajan juntas con una tercera persona neutral para negociar los detalles del plan de crianza. ¿Piensa que se podrá comunicar con la otra parte de igual a igual durante las sesiones de mediación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. En algún momento, ¿la otra parte ha amenazado con negarle a usted acceso a los menores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ¿Siente alguna preocupación acerca de la seguridad emocional o física de los menores cuando están con usted o con la otra parte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. En algún momento, ¿ha estado involucrado DSHS o CPS con su familia (con la excepción de TANF – Ayuda Provisoria para Familias Necesitadas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros comentarios: _____

SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE FAMILIAS DECLARACIÓN DEL CLIENTE ACERCA DE RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Por orden del Tribunal Superior del Condado de King y conforme a la Ordenanza 4A.632.030 del Condado de King, las cuotas para los Servicios del Tribunal de Familias se deben cobrar a las personas que usan dichos servicios. Las cuotas son calculadas y cobradas de manera independiente basado en el ingreso anual que usted proporcione a esta oficina (ver página 6). El ingreso de la otra parte no afectará su monto a pagar.

Se cobrarán tarifas por los servicios prestados y no dependen de que las partes alcancen ningún nivel de acuerdo. Si no paga los honorarios, se enviará su cuenta a la oficina del deudor.

Mi ingreso neto mensual es _____
Fecha de nacimiento: _____ **No. de Seguro Social:** _____

ADJUNTE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS PARA VERIFICAR SUS INGRESOS:

1. Sus últimos dos talonarios de pago
2. Carta de otorgamiento del DSHS
3. Aviso de prestaciones por desempleo
4. El formulario W-2 del año anterior (no mande su declaración de impuestos)
5. Orden de manutención de menores
6. Declaración de finanzas (registrado con la oficina del secretario del tribunal)

SI NO ADJUNTA UNA VERIFICACIÓN, SE LE ATRIBUIRÁ UN INGRESO QUE PODRÍA RESULTAR EN UNA CUOTA MÁS ALTA.

Sírvase notar: Si tiene una orden judicial firmada indicando que la Resolución de Disputas se debe dividir según ciertos porcentajes, por favor incluya una copia de la orden con este formulario.

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO E INGRESOS:

1. Actual empleo: _____
Lugar de empleo: _____

2. Manutención de menores:

A. _____ Pagado _____ Recibido Monto \$ _____

B. Al día: Sí No

C. Orden del juez: Sí No

(Si contestó sí, adjunte una copia de sus obligaciones respecto de la manutención de menores ordenada por el juez, y su declaración de ingresos).

3. Otros ingresos:

Monto: _____ Fuente: _____

4. Manutención:

A. Sí No
B. Monto \$ _____

LISTA DE EMPLEOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:

Desde - hasta	Empleador	Sueldo anual
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reconozco que he leído las afirmaciones precedentes. Reconozco que soy responsable de mi parte de la cuota. Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de Washington que lo anterior es cierto y correcto.

Firmado en _____, [ciudad] _____ [estado], el día _____ [fecha].

Firma _____

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL CONDADO DE KING
SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE FAMILIAS**

ESCALA VARIABLE PARA DETERMINACIÓN DE CUOTAS

Ingreso individual por familia:	Menos de \$15,000	\$15,000 - \$19,999	\$20,000 - \$24,999	\$25,000 - \$29,999	\$30,000 - \$39,999	\$40,000 - \$49,999	\$50,000 - \$59,999	\$60,000 - \$69,999	\$70,000 o más
Su cuota:	\$0	\$50	\$150	\$187	\$225	\$300	\$375	\$450	\$500

No habrá cuota para las familias que se encuentren bajo la pauta para niveles federal. Ver la tabla que se muestra abajo.

Pautas para niveles de pobreza (2020):								
Tamaño de familia / hogar:	1	2	3	4	5	6	7	8*
Ingreso límite:	\$12,760	\$17,240	\$21,720	\$26,200	\$30,680	\$35,160	\$39,640	\$44,120

* Cuando hay más de 8 personas en la familia, agregue \$4,480 para cada persona adicional.

El departamento de cuentas por cobrar establecerá un plan de pago mensual una vez que el tribunal de familias haya proporcionado los servicios. **

Usted tendrá la oportunidad de solicitar un ajuste o reducción de su cuota contactando a la oficina del tribunal de familias después de haber recibido su monto a pagar.

**** Las cuotas arriba mencionadas son por los servicios recibidos y se deberán pagar independientemente de si las partes llegaron a un acuerdo o no.**