

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA

INTRODUCCIÓN

Cuando los asuntos que se presentan en el Tribunal de Familias involucran a menores de edad, los padres deben establecer planes para determinar cuándo estarán los menores con la madre o con el padre, cómo se tomarán las decisiones y cómo se resolverán futuros desacuerdos. Muchos padres usan la mediación o la ayuda de sus abogados para ayudarles a formular planes para los niños. La resolución o el acuerdo de crianza después se presentan ante el juez para su aprobación.

Cuando los padres no se pueden poner de acuerdo acerca del plan de crianza, se lleva a cabo un juicio y el juez decide acerca de los temas. Antes del juicio, un juez o juez comisionado podría exigir que la familia participe en una evaluación del plan de crianza. Esta evaluación proporciona información acerca de la familia que se usará para tomar una decisión que favorezca el bienestar de los menores. Muchos padres llegan a un acuerdo sobre el plan de crianza después de una evaluación. Muy pocos proceden a juicio.

Aunque es mejor que los padres lleguen a un acuerdo acerca del plan de crianza, esta información tiene como fin ayudarle a entender el proceso de evaluación. También le puede ayudar a participar de mejor manera en este importante proceso.

¿QUÉ ES UNA EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA?

La evaluación del plan de crianza es lo siguiente:

- Es una evaluación objetiva de las necesidades de sus niños y la capacidad de cada padre para responder a esas necesidades.
- Se preocupa por los puntos fuertes y débiles de cada parte.
- Se enfoca en ayudar a su familia para que logre una adaptación positiva al divorcio.
- Toma en cuenta eventos anteriores, recursos actuales y las futuras necesidades de la familia.
- Se enfoca en el mayor bienestar de los niños.

Una evaluación del plan de crianza:

- No establece quién está en falta o quién tiene la culpa del divorcio.
- No toma partido, es imparcial con respecto a ambas partes.
- No es una orden judicial.
- Se enviará a los abogados y clientes que se auto-representen. Puede emplearse por el abogado como herramienta de resolución. Si usted procede a juicio, puede emplearse durante el juicio o mostrarse al juez.
- Resulta en una recomendación, que el evaluador(a) puede poner a disposición del tribunal en relación al plan de crianza de sus niños.
- Puede ser usada por el juez para ayudar en la determinación del plan de crianza. Es posible que una o ambas partes llamen a el evaluador(a) para que testifique durante el juicio.

¿QUÉ OCURRE DURANTE UNA EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA?

| | |
|--------------------|--|
| Educación | Usted primero debe asistir al seminario para padres y madres autorizado por el juez. Hasta que no lo haga, no se le asignará un evaluador. |
| Entrevistas | La evaluación consiste de una serie de entrevistas. Prepárese para hablar a solas con el evaluador (y si fuera apropiado, con el otro padre). Una cita individual y privada le dará la oportunidad de presentar sus propias inquietudes y preocupaciones con respecto a los menores y la otra parte. |

El evaluador puede también programar con usted una observación del padre/madre y los niños. Se harán asimismo entrevistas individuales con sus niños. Éstas se pueden realizar en la oficina de los evaluadores o durante una visita al hogar. La reunión con usted y sus niños le permitirá al evaluador observar la relación entre los integrantes de la familia. La evaluación de la familia requiere que ambos padres participen en el proceso.

| | |
|------------------------------------|---|
| Recopilación de información | El evaluador le pedirá su consentimiento escrito para obtener registros escolares y de salud, registros de los servicios sociales y de la policía, y cualquier otro documento que sirva para lograr un entendimiento completo de la familia. Se hará una evaluación del expediente legal. |
|------------------------------------|---|

Evaluaciones especializadas: En ciertas circunstancias, se les puede pedir a los padres que obtengan evaluaciones especializadas siquiátricas, psicológicas o de drogas o de alcohol para ayudarle a el evaluador(a) a decidir acerca del plan de crianza que recomendará para su familia.

¿QUIÉN ES EL EVALUADOR?

En el Tribunal Superior del Condado de King, la evaluación de un plan de crianza es realizada por evaluadores familiares y conciliadores. A partir del 1/1/95, un evaluador(a) de los Servicios del Tribunal de Familias, como mínimo debe contar con un título de Maestría en un campo relevante, y un mínimo de 3 años de experiencia laboral con niños y familias. Los evaluadores de los Servicios del Tribunal de Familias han recibido capacitación en el trámite de divorcio y sus efectos sobre las familias, y en los temas del desarrollo del menor y sus necesidades.

El evaluador(a) hará una evaluación de su familia en base a la siguiente política determinada en el Título 26, Código Enmendado de Washington, Capítulo 26.09.002:

Los padres tienen la responsabilidad de tomar decisiones y realizar otras funciones de crianza que sean necesarias para el cuidado y desarrollo de sus niños menores. Durante cualquier trámite conforme a este capítulo, el mayor bienestar del menor será la pauta que tomará en cuenta el juez para determinar y asignar las responsabilidades de crianza de las partes. El estado reconoce la importancia fundamental que tiene la relación padre/hijo con respecto al bienestar del menor, y reconoce que esa relación entre el menor y el padre y la madre debe fomentarse a no ser que no concuerde con el bienestar del menor. Los mejores intereses del menor se cumplen con un acuerdo de crianza que mantiene de la mejor manera posible el desarrollo emocional del menor, su salud, estabilidad y cuidado físico. Además, los mejores intereses del menor por lo general se cumplen cuando el patrón existente de interacciones entre el padre o la madre y el menor se alteran sólo según sea necesario debido al cambio en la relación entre los padres, o según sea necesario para proteger al menor de un daño físico, mental o emocional.

CUANDO EL JUEZ ORDENA UNA EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA, ¿CÓMO ME PUEDO PREPARAR?

1. Complete y devuelva los cuestionarios del plan de crianza y asista sin demoras al seminario para padres.
****Los cuestionarios se deben completar en el idioma inglés.****
2. Coopere con el evaluador. Él o ella están para ayudarle a determinar lo que sea mejor para los niños. Si usted no coopera, es posible que la evaluación siga adelante con la participación de sólo una de las partes. En tal situación, el evaluador le informará al juez sobre su falta de cooperación.
3. **Cumpla con sus citas.**
4. Organice la información sobre la escuela, la salud y cualquier otra información que piense pueda ser útil.
5. Anote las preguntas que quiere preguntar.
6. El evaluador puede ser fuente de información. Pregunte acerca de materiales de lectura, clases para educación de padres y otra ayuda.

¿CUÁNTO CUESTA LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE CRIANZA?

El monto de la evaluación es calculado individualmente tomando como referencia la escala del Tribunal de Familia (ver página 10 del cuestionario de evaluación). El monto es calculado en base al ingreso anual de cada parte por separado. Usted es responsable del pago de la evaluación, aunque haya o no completado el proceso o haya procedido a juicio, una vez que se hayan dedicado tres o más horas a su caso. Las facturas no pagadas se pueden remitir a la atención del tribunal o a cobranzas.

Debido a que el evaluador es testigo del tribunal, usted también es responsable del pago de la parte del tiempo que el evaluador(a) dedique a la preparación del juicio o del testimonio durante el juicio, inclusive si usted no está de acuerdo con las recomendaciones del evaluador.

Inclusive si los Servicios del Tribunal de Familias le ordenan realizar una evaluación, usted siempre tiene la opción de elegir un evaluador particular que sea de mutuo acuerdo, si sus ingresos lo permiten. Los evaluadores particulares normalmente cobran por hora, y antes de comenzar la evaluación pueden exigir un depósito importante o el pago completo de sus servicios. Se le considera también responsable del costo de cualquier evaluación especializada que sea necesaria en su caso.

¿QUÉ PASA SI LLEGAMOS A UN ACUERDO?

Si usted y la otra parte llegan a un acuerdo, infórmele al evaluador lo antes posible. La evaluación se puede suspender.

*****Por favor cumpla con el calendario con respecto a todos los documentos que recibió de los Servicios del Tribunal de Familias y con la fecha programada para su seminario. Si no cumple puntualmente, se le informará al Juez que la(s) parte(s) no ha(n) cumplido con el proceso de evaluación, que el asunto puede proceder con la participación de sólo una de las partes, o que el caso quedará desestimado.**

*Tribunal Superior del Condado de King
Servicios del Tribunal de Familias
401 Fourth Avenue North, Suite #1-D
Kent, WA 98031
(206) 477-2740
FCS@KingCounty.gov*

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
NORM MALENG REGIONAL JUSTICE CENTER
401 FOURTH AVE NORTH ROOM 1-D
KENT, WA 98032
TELÉFONO: (206) 477-2740
FCS@KINGCOUNTY.GOV

INDIQUE A CONTINUACIÓN LA
FECHA DE SU SEMINARIO: _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

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

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

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

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

Madre: Padre:

Cargos y disposición del caso: _____ Fecha: _____

Oficial de Libertad Probatoria: _____ Teléfono: _____

8. **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 _____ |

Otros: _____

Indique fechas, nombres de consejeros, direcciones, números telefónicos y de fax:

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

- Mediación Evaluación Evaluación por Violencia Intrafamiliar Evaluación de Riesgo/Otro
- CASA G.A.L. Tribunal de Menores

10. **¿ALGUNA DE LAS PARTES (PADRE/MADRE) TIENE UN CASO PENAL PENDIENTE? En caso afirmativo, explique:**

8. **11. SERVICIO MILITAR:**

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

12. **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

Identifique si alguna de las partes tiene una discapacidad física, ha recibido tratamiento siquiátrico o tratamiento contra dependencia de drogas o alcohol:

Para sí mismo/a: Nombre del proveedor Dirección/teléfono/fax Fechas de tratamiento Naturaleza del problema

Otras partes: Nombre del proveedor Dirección/teléfono/fax Fechas de tratamiento Naturaleza del problema

13. **SALUD DE LOS MENORES:**

¿Alguno de los menores tiene actualmente problemas de salud o necesidades especiales? Sí No

Si respondió afirmativamente, por favor explique: _____

Haga una lista de los doctores de cada menor, incluyendo nombre, dirección, teléfono y número de fax:

14. **HAGA UNA LISTA DE LOS PUNTOS CON QUE ESTÁ DE ACUERDO CON RESPECTO AL PLAN DE CRIANZA:**

DESCRIBA CÓMO CADA PADRE O CADA PARTE HA PARTICIPADO EN LA VIDA DE LOS MENORES, EN CUANTO A SU EDUCACIÓN, CUIDADO DE LA SALUD, RELIGIÓN, DIVERSIONES, ETC. DURANTE EL AÑO ANTERIOR A ÉSTE:

16. **¿CON QUIÉN HAN ESTADO VIVIENDO LOS MENORES?** Indique fechas y plazos de tiempo:

B) ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE VEN LOS MENORES CON LA(S) OTRA(S) PARTE(S)? _____

C) ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LOS MENORES VIERON A LA OTRA PARTE? _____

17. **¿CUÁL ES EL RÉGIMEN RESIDENCIAL DE LOS MENORES QUE USTED PROPONE PARA CADA PARTE?**

Por favor indique datos específicos.

Año escolar –

Días de semana: _____

Fines de semana: _____

Verano: _____

Días festivos: _____

Vacaciones: _____

18. **¿CUÁL ES EL PLAN QUE USTED PROPONE PARA LA MANERA EN QUE SE TOMARÁN LAS DECISIONES ACERCA DE LOS MENORES?**

Educación: _____

Cuidado de la salud: _____

Religión: _____

Otros: _____

19. **HAGA UNA LISTA Y DESCRIBA 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 u otra preocupación con respecto a la otra parte):

LA PARTE QUE TIENE ESTE PROBLEMA, ¿QUÉ PUEDE HACER PARA CORREGIRLO?

¿SERÍA CONVENIENTE LIMITAR EL TIEMPO QUE PASA ESTA PARTE CON LOS MENORES?
Si contestó afirmativamente, indique cómo.

20. **CON RESPECTO A LA CRIANZA, INDIQUE SUS PROPIOS PUNTOS FUERTES Y DÉBILES:** _____

21. **CON RESPECTO A LA CRIANZA, INDIQUE LOS PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DE LA OTRA PARTE:**

22. **DESCRIBA DE QUÉ FORMA CADA PARTE SE ENCARGA DE LA DISCIPLINA DE LOS MENORES:** _____

23. **DESCRIBA A LOS MENORES EN ESTE CASO:** _____

24. DESCRIBA CUALQUIER PROBLEMA O NECESIDADES ESPECIALES QUE TENGAN LOS MENORES, Y LA MANERA EN QUE CADA PARTE TRATA DICHAS NECESIDADES:

25. ¿CÓMO QUIERE USTED INCLUIR A LA OTRA PARTE EN LA VIDA DE LOS MENORES?

26. ¿CUÁLES SON SUS PROPIAS METAS Y SUS METAS PARA LOS MENORES DURANTE LOS PRÓXIMOS 5 A 10 AÑOS?

27. OTRA INFORMACIÓN: por favor incluya otros documentos o información que considere pertinente a la evaluación.

| 28. POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A veces los evaluadores se reúnen junto con ambas partes. | | |
| A. ¿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. ¿Piensa que se puede comunicar con la otra parte de igual a igual si parte de la evaluación incluye una reunión con esa parte y el evaluador? | <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: _____

29. REFERENCIAS:

PROPORCIONE SÓLO TRES REFERENCIAS EN ESTE ASUNTO: Al seleccionar sus referencias, por favor trate de usar personas que no sean familiares y que lo/la conozcan bien a usted, su situación y sus capacidades de crianza. **LA DIRECCIÓN POSTAL O CORREO ELECTRÓNICO**, son necesarios para poder enviarles nuestro cuestionario.

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

¿Por cuánto tiempo se conocen?

_____ años _____ meses

E-Mail: _____

¿Con qué frecuencia se ven?: _____

Por favor escriba claramente

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

¿Por cuánto tiempo se conocen?

_____ años _____ meses

E-Mail: _____

¿Con qué frecuencia se ven?: _____

Por favor escriba claramente

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

¿Por cuánto tiempo se conocen?

_____ años _____ meses

E-Mail: _____

¿Con qué frecuencia se ven?: _____

Por favor escriba claramente

30. DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN:

Si usted tiene información, informes o evaluaciones adicionales que podrían ser útiles para el Evaluador de los Servicios del Tribunal de Familias, puede suministrarlos.

Por ley, “El evaluador o investigador proporcionará al abogado o a cualquier parte que no esté representada por un abogado...” (1) el expediente del evaluador o investigador; (2) los textos de los informes de diagnóstico; (3) los nombres y direcciones de las personas consultadas; y (4) los investigadores y cualquier persona consultada puede ser llamada para un contrainterrogatorio.

**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 | \$100 | \$200 | \$500 | \$750 | \$1,000 | \$1,400 | \$1,750 | \$2000 |

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 si usted está de acuerdo o no con el reporte final. Tampoco se podrán cancelar si las partes llegan a un acuerdo independientemente por su cuenta después de haber sido entrevistadas por el evaluador(a) del tribunal de familias.**

KING COUNTY SUPERIOR COURT
Family Court Services
Regional Justice Center
401 Fourth Ave N. Room 1-D
Kent, WA 98032
Teléfono: (206) 477-2740
FCS@KingCounty.gov

Nombre del caso: _____
No. del Tribunal Superior: _____
FCS #: _____
Trabajadora social: _____
Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN PARA CONSEGUIR INFORMACIÓN PRE-ESCOLAR, ESCOLAR Y DE
GUARDERÍA INFANTIL**

A: _____
Nombre de la escuela/proveedor

REF: _____
Nombre del menor y fecha de nacimiento

Dirección

Nombre del menor y fecha de nacimiento

Ciudad, estado y código postal

Nombre del menor y fecha de nacimiento

Por la presente certifico que voluntariamente doy permiso para que se divulgue al Tribunal Superior del Condado de King, Servicios del Tribunal de Familias, toda la información relativa a mis hijos y mi familia.

He recibido información completa acerca del hecho que esta divulgación sólo será usada por los Servicios del Tribunal de Familias, y mi firma en este documento otorga pleno permiso para compartir todos los detalles de mi situación con el juez.

Fechado este día _____ del mes de _____ del 2 _____.

Firma

Nombre en letra de molde

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Se enviará una copia de esta autorización de divulgación a cada establecimiento pre-escolar, escolar o guardería infantil donde estén inscritos los menores. Esta autorización permanece vigente por un año a partir de la fecha de firma, salvo que se revoque por escrito antes de vencer. Se notifica que el expediente del caso en los Servicios del Tribunal de Familias se encuentra a disposición de los abogados que figuren en el caso y a los clientes que se auto representen (26.09.220).