

Domestic Relations Section, Berks Co Services Center
Intake Information Questionnaire/Data Sheet

Cuestionario de Información de Admisión /Hoja de Datos

(print clearly and answer all questions)
(Escriba con claridad en letra de molde y responda todas las preguntas)

Case Number _____

Docket Number _____

Other State Id Number _____

Worker ID/Initials _____

Conference: _____

Indicate what you are filing for: **Child Support** _____

Spousal Support _____

APL _____

Indique la razón de su Demanda:

Pensión Alimenticia

Pensión Conyugal

Pensión Péndete Lite

PLAINTIFF/CARETAKER'S INFORMATION (Información del Demandante/ Tutor Encargado)

Your Name (Last, First, Middle) _____

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

Are You Known By Any Other Names? _____ **Relationship to Children** _____

¿Se le conoce a usted por algún otro Nombre?

Relación con el niño(s)

If you are not the mother of the child(ren) provide mother's name _____

Si usted no es la madre del niño(s) suministre el nombre de la madre

Physical Description _____ **Height** _____ **Weight** _____ **Eyes** _____ **Hair** _____ **Race** _____

Su Descripción Física

Altura

Peso

Ojos

Pelo

Raza

Distinguishing Marks (glasses, tattoos, scars, etc.) _____

Señas Particulares

(lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)

SSN _____ **Date of Birth** ____/____/____ **City/State/Country of Birth** _____

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado y País de Nacimiento

Address _____ **City** _____ **State** _____

Dirección

Ciudad

Estado

Zip Code _____ **County** _____

Código Postal

Condado

Do you need your address marked as CONFIDENTIAL? **Yes/No**

¿Necesita que su dirección sea señalizada como CONFIDENCIAL?

Si/No

Due to:

Family Violence **Yes/No** **Other (Please Explain)** _____

Debido a: Violencia Familiar

Si/No

U Otra (Favor de Explicar)

Do you have a Protection from Abuse Order (PFA) against defendant? **Yes/No**

¿Tiene Usted una Orden de Protección Contra Abuso (PFA) en contra del Demandado?

Si/No

If so, list county and state where PFA is filed _____

Si así es, Suministre el Condado y el Estado donde se entablo.

Email Address _____ @ _____

Dirección de Correo Electrónico

Telephone _____ **Home** _____ **Cell** _____

Teléfono

Casa

Celular

Your Mother's Maiden Name (even if deceased) _____

Apellido de Soltera de Su Madre (incluso si falleció)

Your Father's Name (even if deceased) _____

Nombre de su padre (incluso si falleció)

EMPLOYMENT/INCOME INFORMATION

Empleo / Ingresos Información

Employer _____ **Employer Phone Number** _____
Empleador Número de Teléfono del Empleador

Address _____
Dirección

Net Pay \$ _____ **per** _____
Ingresos Netos \$ por

Other Sources of Income for you (part-time work, pensions, rental income, etc.)
Otras Fuentes de ingreso suyo (trabajo de media-jornada, pensiones, ingresos de alquiler, etc.)

Total Other Income Per Month \$ _____
Total de las Otras Fuentes de Ingreso Mensual

Are you receiving disability benefits? **Yes/No** **If so, from what source?** _____
¿Está recibiendo prestaciones/beneficios por incapacidad? Si / No Si así es, ¿De qué fuente?

Your Medical Insurance Carrier Name _____
El nombre de su Compañía de Seguros de Salud

Medical Insurance Carrier Address _____
La dirección de su Compañía de Seguros de Salud

Phone Number _____ **Policy #** _____
Número de Teléfono # de Póliza

ASSETS

Activos

Do you own Real Estate? If so, what is the address? _____
¿Es Usted Propietario de Bienes Raíces (Propiedad Inmobiliaria)?
Si así es, ¿Cual es la Dirección? _____

Do you own vehicles? If so, list make, license number, model and color _____
¿Es Usted Propietario de Vehículos?
Si así es, Suministre la marca, número de matrícula, modelo y color _____

Do you have bank accounts? If so, list bank names and account number(s) _____
¿Tiene alguna cuenta de banco?
Si así es, Suministre los nombres de los bancos y Número(s) de Cuenta(s) _____

CONTACT PERSON INFORMATION

Información de la persona de contacto

Name of Contact Person (Friend or Relative) _____
Nombre de Persona por la que lo podemos Contactar (Amigo o Familiar)

Relationship to You _____ **Phone Number** _____
Relación con Usted Número de Teléfono

Address _____
Dirección

PAYMENT METHOD FOR SUPPORT PAYMENTS (YOU MUST CHOOSE ONE)

Método de pago para los pagos de Manutención (tiene que escoger uno)

Direct Deposit (Depósito Directo)

Stored Value Card (tarjeta de valor almacenado)

YOUR RELATIONSHIP TO THE DEFENDANT

Su relación con el Demandado

Never Married _____ **Married** _____ **Separated** _____ **Divorced** _____
Nunca Casado Casado Separado Divorciado

Date of Marriage ____/____/____ **Place of Marriage** (County, State, Country) _____
Fecha de Matrimonio Lugar donde se contrajo el Matrimonio (Condado, Estado, País del Divorcio)

Date of Separation ____/____/____ **Date of Divorce** ____/____/____
Fecha de Separación Fecha del Divorcio

County, State, Country of Divorce _____
Condado, Estado, País del Divorcio

Address of Last Marital Residence _____
Dirección del último Domicilio Marital

ASSISTANCE

Asistencia Social

Are you receiving cash or medical assistance from the PA Department of Human Services? **Yes/No**
¿Está recibiendo dinero en efectivo o asistencia médica del PA Departamento de Servicios Humanos Si/No

If receiving benefits, what is your Welfare Case #? _____
Si está recibiendo Prestaciones/beneficios, ¿Cuál es su # de Caso de Asistencia Pública?

Who is the grant-holder? _____
¿Quién es el titular del subsidio (grant-holder)?

If not currently receiving, are you applying for benefits? **Yes/No**
Si no los está recibiendo actualmente, ¿Está solicitando prestaciones/beneficios? Si/No

EXISTING SUPPORT ORDER INFORMATION

Información Existente de Orden de Manutención

Do you have an existing support order against this defendant in another county, state or country? **Yes/No**
¿Tiene una Orden de Manutención existente contra el demandado en questo condado, estado, xxxxxxxx? Si/No

If yes, in what County and State? _____ **Case Number** _____
Si así es, ¿En qué condado y Estado? Número del Caso

Amount for Spouse \$ _____ **per month** **Amount for Child(ren) \$** _____ **per month**
Cantidad para el Cónyuge \$ por mes Cantidad para los Niño(s)\$ por mes

Amount for Family (Spouse and Child(ren) \$ _____ **per month**
Cantidad por la Familia (Cónyuge y Niño(s)) \$ por mes

Date of Last Payment _____ **Amount of Payment** _____
Fecha del Último Pago Cantidad del Pago

CUSTODY/VISITATION ORDER

Orden de Tutela Jurídica/Patria Potestad

Do you have a custody or visitation order with the defendant?

Yes/No

¿Tiene una Orden de Tutela Jurídica/Patria Potestad con el Demandado?

Si/No

If so, list county and state where order(s) were established _____

Si así es, Indique el Condado y el Estado donde se estableció la Orden(es)

DEFENDANT'S INFORMATION (Información del Demandado)

Defendant's Name (Last, First, Middle) _____

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

Is Defendant Known By Any Other Names? _____

¿Se le conoce al Acusado por otro Nombre?

Physical Description

Height _____

Weight _____

Eyes _____

Hair _____

Race _____

Su Descripción Física

Altura

Peso

Ojos

Pelo

Raza

Distinguishing Marks (glasses, tattoos, scars, etc.) _____

Señas Particulares

(lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)

SSN _____

Date of Birth ____/____/____

City/State/Country of Birth _____

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado y País de Nacimiento

Email Address _____ @ _____

Dirección de Correo Electrónico

Telephone

Home _____

Cell _____

Teléfono

Casa

Celular

Defendant's Mother's Maiden Name (even if deceased) _____

Apellido de Soltera de la Madre del Demandado (incluso si falleció)

Defendant's Father's Name (even if deceased) _____

Nombre del padre del Demandado (incluso si falleció)

Defendant's Address _____

Dirección del Acusado

City _____

Ciudad

State _____

Estado

Zip Code _____

Código Postal

County _____

Condado

EMPLOYMENT/INCOME INFORMATION

Empleo / Ingresos Información

Defendant's Employer _____

Empleador del Demandado

Employer's Address _____

Dirección del Empleador

Employer's Phone Number _____

Número de Teléfono del Empleador

Net Pay \$ _____

Ingresos Netos \$

per _____

por

Other Sources of Income for Defendant (part-time work, pensions, rental income, etc.)

Otras Fuentes de ingreso del Demandado (trabajo de media-jornada, pensiones, ingresos de alquiler, etc.)

Total Other Income per Month \$ _____

Total de las Otras Fuentes de Ingreso Mensual

Was Defendant in the Military? _____

¿Estuvo el Demandado en el Ejército?

Yes/No

Si/No

If so, which branch? _____

Si así es, En que Rama del Ejército?

Is Defendant receiving military benefits?

¿Esta el Demandado recibiendo prestaciones/beneficios del Ejército?

Yes/No

Si/No

Defendant's Medical Insurance Carrier Name _____

El nombre de la Compañía de Seguros de Salud del Demandado

Medical Insurance Carrier Address _____

Dirección de Compañía de Seguros de Salud

Phone Number _____

Número de Teléfono

Policy # _____

de Póliza

DEFENDANT'S ASSETS

Activos

Does Defendant own Real Estate? If so, what is the address? _____

¿Es el Demandado Propietario de Bienes Raíces (Propiedad Inmobiliaria)?

Si así es, ¿Cual es la Dirección? _____

Does defendant own vehicles? If so, list make, model, color and license plate number _____

¿Es el Demandado Propietario de Vehículos?

Si así es, Suministre la marca, número de matrícula modelo y color _____

Does defendant have bank accounts? If so, list bank names and account number(s) _____

¿Tiene el Demandado alguna cuenta de banco?

Si así es, Suministre los nombres de los bancos y Número(s) de Cuenta(s) _____

DEFENDANT'S CONTACT PERSON INFORMATION

Información de la persona de contacto

Name of Contact Person (Friend or Relative) _____

Nombre de Persona por la que lo podemos Contactar (Amigo o Familiar)

Relationship to Defendant _____

Relación con el Demandado

Phone Number _____

Número de Teléfono

Address _____

Dirección

CHILDREN'S INFORMATION - DEFENDANT'S CHILDREN LIVING IN YOUR HOUSEHOLD

Información de los Niños - Los Niños del Demandado que viven con usted

1. Name (Last, First, Middle) _____

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

SSN _____ **DOB** ___/___/___ **Age** _____ **Sex** _____ **Paternity Established?** _____
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

Mother's Maiden Name _____ **Father's Name** _____

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

Hospital of Birth _____ **City, State, Country of Birth** _____

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

2. Name (Last, First, Middle) _____

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

SSN _____ **DOB** ___/___/___ **Age** _____ **Sex** _____ **Paternity Established?** _____
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

Mother's Maiden Name _____ **Father's Name** _____

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

Hospital of Birth _____ **City, State, Country of Birth** _____

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

3. Name (Last, First, Middle) _____

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

SSN _____ **DOB** ___/___/___ **Age** _____ **Sex** _____ **Paternity Established?** _____
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

Mother's Maiden Name _____ **Father's Name** _____

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

Hospital of Birth _____ **City, State, Country of Birth** _____

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

4. Name (Last, First, Middle) _____

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

SSN _____ **DOB** ___/___/___ **Age** _____ **Sex** _____ **Paternity Established?** _____
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

Mother's Maiden Name _____ **Father's Name** _____

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

Hospital of Birth _____ **City, State, Country of Birth** _____

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

I verify that the statements made in this document are true and correct to the best of my knowledge. I understand that false statement herein are made subject to penalties of 18 Pa C.S. §4904 relating to unsworn falsification to authorities.

Verifico que las declaraciones en este documento son verídicas y correctas a mi leal saber. Entiendo que cualquier declaración falsa está sujeta a pena bajo 18 Pa C.S.4904 en relación con Falsificación no juramenta a las autoridades.

Plaintiff/Caretaker Signature _____ **Date** _____

Firma del Demandante/ Tutor Encargado-- (Sign or Type your name / firma o escribe tu nombre) Fecha