

In the Court of Common Pleas of Berks County, Pennsylvania
Domestic Relations Section, Berks Co Services Center
6th fl, 633 Court Street, Reading PA 19601
Phone: (610) 478-2900 Fax: (610) 478-6585

FOR OFFICE USE ONLY
(PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)
Docket Number _____
PACSES Case Number _____
Other State ID Number _____
DRO Interviewer ID _____

Intake Information Questionnaire/Data Sheet (print clearly and answer all questions)
Cuestionario de Información de Admisión /Hoja de Datos (Escriba con claridad en letra de molde y responda todas las preguntas)

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) _____
Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

Your Relationship to Children _____
Su Relación con el niño(s)

Are You Known By Any Other Names? _____
¿Se le conoce a usted por algún otro Nombre?

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

Your address _____
Su Dirección

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____
Ciudad Estado Código Postal Condado

SSN _____ Date of Birth _____ Telephone _____
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Teléfono

Your Physical Description Ht _____ Wt _____ Eyes _____ Hair _____ Race _____
Su Descripción Física Altura Peso Ojos Pelo Raza

Distinguishing Marks (glasses, tattoos, scars, etc.) _____
Señas Particulares (lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)

Copy of Photo ID provided: Y/N Copy of Social Security card provided: Y/N
Suministró Copia de Identificación con Foto Si/No Suministró Copia de Tarjeta de Seguro Social Si/No

Your Email Address _____ @ _____
Su Dirección de Correo Electrónico

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)

City, State and Country of Your Birth _____
Ciudad, Estado y País de Nacimiento

Your Employer _____
Su Empleador

Employer Address _____
Dirección del Empleador

Employer Phone Number _____ **Net Pay \$** _____ **per** _____
Número de Teléfono del Empleador 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

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)

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

Your Medical Insurance Carrier Name _____ **Policy #** _____
El nombre de su Compañía de Seguros de Salud # de Póliza

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

Medical Insurance Carrier Phone Number _____ **Copy of Card Provided: Y/N**
Número de Teléfono de su Compañía de Seguros de Salud Suministró Copia de Tarjeta Si/No

What is Your Relationship to the Defendant? Never Married _____ **Married** _____ **Separated** _____
¿Cuál es Su relación con el Demandado? Nunca Casado Casado Separado

Divorced _____ **Date of Marriage** ___/___/___ **Date of Separation** ___/___/___
Divorciado *Fecha de Matrimonio* *Fecha de Separación*

Place of Marriage _____ **Date of Divorce** ___/___/___
Lugar donde se contrajo el Matrimonio *Fecha del Divorcio*

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

Address of Last Marital Residence _____
Dirección del último Domicilio Marital

Marriage License/Certificate provided: Y/N **Divorce documents provided: Y/N**
Suministró Licencia/Certificado de Matrimonio Si/No *Suministró Documentos de Divorcio Si/No*

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

Defendant's Information:

Información del Demandado:

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?

Defendant's Address _____
Dirección del Acusado

City _____ **State** _____ **Zip Code** _____ **County** _____
Ciudad *Estado* *Código Postal* *Condado*

SSN _____ **Date of Birth** _____ **Telephone** _____
Número de Seguro Social *Fecha de Nacimiento* *Teléfono*

Physical Description **Ht** _____ **Wt** _____ **Eyes** _____ **Hair** _____ **Race** _____
Su Descripción Física *Altura* *Peso* *Ojos* *Pelo* *Raza*

Distinguishing Marks (glasses, tattoos, scars, etc.) _____
Señas Particulares *(lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)*

Copy of Photo ID provided: Y/N **Copy of Social Security card provided: Y/N**
Suministró Copia de Identificación con Foto *Suministró Si/No Copia de Tarjeta de Seguro Social* *Si/No*

Picture of defendant provided: Y/N
Suministró Fotografía del Demandado Si/No

Email Address _____ @ _____
Dirección de Correo Electrónico

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)

City, State and Country of Defendant's Birth _____
Ciudad, Estado y País de Nacimiento del Demandado

Defendant's Employer _____
Empleador del Demandado

Employer Address _____
Dirección del Empleador

Employer Phone Number _____ **Net Pay \$** _____ **per** _____
Número de Teléfono del Empleador Ingresos Netos \$ 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 \$

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 números de Cuenta(s)

Is Defendant receiving disability benefits? Y/N If so, from what source? _____
¿Está recibiendo el Demandado prestaciones por incapacidad? Si así es, ¿De qué fuente?

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

Medical Insurance Carrier Phone Number _____ **Policy #** _____
Número de Teléfono de la Compañía de Seguros de Salud *# de Póliza*

Copy of Card provided: Y/N
Suministró Copia de Tarjeta *Si/No*

Was Defendant in the Military? Y/N If so, which branch? _____
¿Estuvo el Demandado en el Ejército? Si/No Si así es, En que Rama del Ejército?

Is Defendant receiving military benefits? Y/N
¿Esta el Demandado recibiendo prestaciones/beneficios del Ejército? Si/No

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

Relationship to Defendant _____ **Phone Number** _____
Relación con el Demandado *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*

Copy of child's Birth Certificate provided: _____ **Y/N** **Paternity Acknowledgement:** **Y/N**
Suministró Copia de Certificado de Nacimiento del Niño *Si/No* *Reconocimiento de Paternidad* *Si/No*

Copy of child's Social Security card provided: _____ **Y/N**
Suministró Copia de Tarjeta de Seguro Social del Niño: *Si/No*

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

Copy of child's Birth Certificate provided: _____ **Y/N** **Paternity Acknowledgement:** _____ **Y/N**
Suministró Copia de Certificado de Nacimiento del Niño Si/No Reconocimiento de Paternidad Si/No

Copy of child's Social Security card provided: _____ **Y/N**
Suministró Copia de Tarjeta de Seguro Social del Niño: Si/No

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

Copy of child's Birth Certificate provided: _____ **Y/N** **Paternity Acknowledgement:** _____ **Y/N**
Suministró Copia de Certificado de Nacimiento del Niño Si/No Reconocimiento de Paternidad Si/No

Copy of child's Social Security card provided: _____ **Y/N**
Suministró Copia de Tarjeta de Seguro Social del Niño: Si/No

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

Copy of child's Birth Certificate provided: _____ **Y/N** **Paternity Acknowledgement:** _____ **Y/N**
Suministró Copia de Certificado de Nacimiento del Niño Si/No Reconocimiento de Paternidad Si/No

Copy of child's Social Security card provided: _____ **Y/N**
Suministró Copia de Tarjeta de Seguro Social del Niño: Si/No

Assistance/Existing Support Order Information:

Asistencia Social/Información Existente de Orden de Manutención:

Are you receiving cash or medical assistance from the PA Dept of Public Welfare? Y/N

¿Está recibiendo dinero en efectivo o asistencia médica del Depto. de Asistencia Pública (Public Welfare)? Si/No

If not currently receiving, are you applying for benefits? Y/N

Si no los está recibiendo actualmente, ¿Está solicitando prestaciones/beneficios? Si/No

If receiving benefits, what is your Welfare Case #? _____

Si está recibiendo Prestaciones/beneficios, ¿Cual es su # de Caso de Asistencia Pública?

Who is the grant-holder? _____

¿Quién es el titular del subsidio (grant-holder)?

Do you have an existing support order against this defendant? Y/N

¿Tiene una Orden de Manutención existente contra el demandado? Si/No

If yes, in what County and State? _____ Case Number _____

Si así es, ¿En qué condado y Estado? Numero 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

Copy of Court Order provided: Y/N

Suministró copia de la Orden Judicial Si/No

Do you need your address marked as CONFIDENTIAL? Y/N

¿Necesita que su dirección sea señalizada como CONFIDENCIAL? Si/No

Due to: Family Violence _____

Debido a: Violencia Familiar

Or Other (Please Explain) _____

U Otra (Favor de Explicar)

Do you have a Protection from Abuse Order (PFA) against defendant? Y/N

¿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.

Copy of PFA order provided: Y/N

¿Suministró copia de la Orden de Protección Contra Abuso (PFA)? Si/No

Do you have a custody or visitation order with the defendant? Y/N Copy provided: Y/N

¿Tiene una Orden de Tutela Jurídica/Patria Potestad con el Demandado? Si/No Suministró Copia 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)

Payment method for support payments (you must choose one):

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

 Direct Deposit **EPPIcard**
Depósito Directo *Tarjeta EPPI*

In accordance with Section 7(b) of the Privacy Act, you are hereby notified that disclosure of your Social Security number is mandatory based on Section 466(a) (13) of the Social Security Act [42 U.S.C. 666(a) (13)], Pennsylvania Consolidated Statutes (Pa C.S.) 4304.1 and 4353(a.2). Additionally, you are notified that this information will be used by the Title IV-D program to locate individuals for the purpose of establishing paternity and establishing, modifying, and enforcing support obligations.

De acuerdo con la Sección 7(b) de la Ley de Información Confidencial, por el presente se le notifica que la revelación de su numeración de Seguro Social es obligatoria en base a la Sección 466(a) (13) de la Ley de Seguro Social [42 U.S.C. 666(a) (13)], Estatutos Consolidados de Pensilvania (Pa C.S.) 4304.1 y 4353(a.2). Adicionalmente, se le notifica que esta información será utilizada por el programa Titular IV-D para localizar individuos con el propósito de establecer paternidad y establecer, modificar, y hacer cumplir obligaciones.

I verify that the statements in this document are true and correct to the best of my knowledge. I understand that any false statement is subject to penalty in 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 Fecha