

## Información Confidencial (CIF)

Secretario: **No** archivar en un archivo de acceso público.

Tribunal Superior de Washington, Condado: \_\_\_\_\_

No. de caso: \_\_\_\_\_

**¡Importante!** Sólo el personal del tribunal y algunas agencias estatales pueden ver este formulario. La otra parte y su abogado no pueden ver este formulario a menos que lo permita una orden del tribunal. Las agencias estatales pueden divulgar la información de este formulario de acuerdo con sus propias reglas.

1. ¿Quién contesta este formulario? (Nombre): \_\_\_\_\_
2. ¿Existe actualmente una orden de restricción o de protección que incluya a las partes o a sus hijos?  Sí  No  
Si respondió que sí, ¿a quién protege la orden?: (Nombre(s): \_\_\_\_\_
3. ¿La información referente a su domicilio debe ser confidencial para proteger su salud, seguridad y libertad, o las de sus hijos? (Marque una):  Sí  No  
Si respondió que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

### 4. Su información

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Licencia de conducir o tarjeta de identificación (número, estado):	Raza:	Parentesco con los menores en este caso:	
Dirección Postal (Esta dirección <b>no</b> se mantendrá en privado). (calle y número o apartado postal, ciudad, estado, código postal):			

Si su caso se refiere **solamente** a una orden de protección, la siguiente información **no** es requerida. Vaya a 5.

Dirección de la casa (marque una): <input type="checkbox"/> la misma que la dirección postal <input type="checkbox"/> aparece abajo (calle y número, ciudad, estado, código postal):		
Teléfono:	Correo electrónico:	No. de Seguro Social:
Nombre del empleador:		Teléfono del empleador:
Dirección del empleador:		

### 5. Información de la otra parte – Esta persona es un (marque una): Demandante Demandado

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Licencia de conducir o tarjeta de identificación (número, estado):	Raza:	Parentesco con los menores en este caso:	
Dirección Postal (Esta dirección <b>no</b> se mantendrá en privado). (calle y número o apartado postal, ciudad, estado, código postal):			

Si su caso se refiere **solamente** a una orden de protección, la siguiente información **no** es requerida. Vaya a 6.

Dirección de la casa (marque una): <input type="checkbox"/> la misma que la dirección postal <input type="checkbox"/> aparece abajo (calle y número, ciudad, estado, código postal):		
Teléfono:	Correo electrónico:	No. de Seguro Social:
Nombre del empleador:		Teléfono del empleador:
Dirección del empleador:		

➤ **Omita las secciones 6 – 9 si su caso no involucra a menores. Firme al final.**

6. **Información de los menores** (No tiene que incluir los números de seguro social de los menores si su caso se refiere solamente a una orden de protección).

Nombre completo del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Raza	Sexo	No. de Seg. Soc.	Colocación actual: vive con
1.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____
2.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____
3.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____
4.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____
5.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____
6.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Demandante <input type="checkbox"/> Demandado <input type="checkbox"/> otro: _____

7. **¿Los menores han vivido con una persona distinta al demandante y al demandado en algún momento de los últimos cinco años?** (Marque una):  No  Sí Si contestó que **Sí**, conteste lo siguiente:

Los menores vivieron con (nombre)	La dirección actual de esa persona
1.	
2.	

8. **¿Otras personas (distintas a los padres) tienen derechos de custodia o visita con los menores?** (Marque una):  No  Sí Si contestó que **Sí**, conteste lo siguiente:

Persona con derechos (nombre)	La dirección actual de esa persona
1.	
2.	

9. **Si está solicitando la custodia y no es uno de los padres, enumere a todos los demás adultos que viven en su hogar:**

1. (Nombre):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
2. (Nombre):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Declaro, bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que la información proporcionada en este formulario acerca de mí es verdadera. La información acerca de la otra parte es la mejor información que tengo, o no está a mi disposición porque (explique): \_\_\_\_\_

Marque aquí si necesita más espacio para enumerar otros demandantes, demandados o menores. Escriba esa información en el formulario *Anexo a la Información Confidencial* FL All Family 002 y anéxelo a este formulario.

Firmado en (ciudad y estado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_


  
 El demandante/demandado firma aquí Nombre en letra de molde