

TRIBUNAL SUPERIOR DEL ESTADO DE WASHINGTON
SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE FAMILIAS

Maleng Regional Justice Center
401 Fourth Ave N, Room 1-D
Kent, WA 98032
206-477-2740
FCS@KingCounty.gov

EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Como resultado de una solicitud por violencia intrafamiliar, se le ha ordenado a los Servicios del Tribunal de Familias completar una evaluación para ayudarle al juez a determinar los arreglos para la residencia de sus menores. Para darle suficiente información útil al juez para que pueda tomar una decisión, se requiere su cooperación inmediata y completa.

El Evaluador(a) de los Servicios del Tribunal de Familias tienen la responsabilidad de evaluar los antecedentes y capacidades de crianza de ambos padres, y de recomendar un plan específico al juez con respecto al futuro cuidado y responsabilidad de sus menores. Para obtener suficiente información, el evaluador realiza entrevistas con usted y, dependiendo de la necesidad, puede comunicarse con miembros de su familia u otras partes importantes. Es posible también que se comunique con la escuela y guardería infantil, proveedores de cuidados médicos, agencias del orden público y referencias.

La evaluación se hará durante los próximos 30 a 45 días, y se requiere su cooperación inmediata. La información no es confidencial y está a disposición de los abogados y de aquellos clientes que no tienen abogado. Cuando el informe de la evaluación esté completo, se proporcionarán copias al juez y a los abogados que figuren en el caso o a clientes sin representación legal. Un caso de los Servicios del Tribunal de Familias se cierra cuando se presenta el informe y no se suministrará ningún otro servicio a no ser que lo exija alguna otra orden judicial.

King County Superior Court Family Court Services



Maleng Regional Justice Center
401 Fourth Ave N., Room 1-D
Kent, WA 98042
206-477-2740
FCS@KingCounty.gov

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

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

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

POR FAVOR REGRESE ESTE CUESTIONARIO CONTESTADO DENTRO DE LOS SIGUIENTES 7 DIAS

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: _____
Reason for Separation: _____

6. INFORMACIÓN SOBRE SUS EMPLEOS E INGRESOS:

a. Actual empleo: _____ Lugar de empleo: _____ Sueldo anual: _____

b. Manutención de menores Pagada/recibida \$ _____ ¿Está al día la cantidad? Sí No

c. Otros ingresos Cantidad: \$ _____ Fuente: _____

HAGA UNA LISTA DE SUS EMPLEOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:

Empleador _____ Desde – Hasta: _____ Sueldo anual _____

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

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

8. **MARQUE LOS SERVICIOS SOCIALES O CONSEJOS RECIBIDOS ANTERIORMENTE:**

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

- Consejos particulares _____
- Consejos de pastores _____
- Servicios de Protección del Menor (CPS) _____
- Evaluación del uso de drogas o alcohol _____
- Tratamiento contra drogas o alcohol _____
- Clases de crianza _____
- Evaluador particular _____
- Mediador particular _____
- Evaluación psicológica _____
- Tratamiento contra la violencia intrafamiliar _____

Otros: _____

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

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

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

Madre: Padre:

Cargos y disposición del caso: _____ Fecha: _____

Oficial de Libertad Probatoria: _____ Teléfono: _____

10. **¿ALGUNA DE LAS PARTES (PADRE/MADRE) TIENE UN CASO PENAL PENDIENTE?**

En caso afirmativo, explique:

11. ANTECEDENTES MÉDICOS:

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

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

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

12. 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:

13. 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: _____

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

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

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

15. **DESCRIBA LOS INCIDENTES Y LOS ANTECEDENTES QUE RESULTARON EN LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD PARA UNA ORDEN DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:**
(fechas, lesiones, armas usadas, etc.)

16. **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, etc.):

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA CORREGIR EL PROBLEMA? _____

¿SERÍA CONVENIENTE LIMITAR EL TIEMPO DE ALGUNA DE LAS PARTES CON LOS MENORES?
Si contestó afirmativamente, indique cómo.

17. **DESCRIBA CÓMO CADA PARTE SE ENCARGA DE LA DISCIPLINA DE LOS MENORES:**

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

19. **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

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 conainterrogatorio.