

**MARIN COUNTY SUPERIOR COURT**

P.O. Box 4988  
San Rafael, CA 94913-4988  
(415) 444-7090

DATE: \_\_\_\_\_ CASE NO. \_\_\_\_\_

Name of person completing this form: \_\_\_\_\_

Have you been to mediation in Marin before? \_\_\_\_\_

If yes, name of mediator \_\_\_\_\_

THIS COURT ACTION IS BEING BROUGHT BY: **FATHER**  **MOTHER**

**FATHER**

Father Ethnicity: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_

City/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

(bus) \_\_\_\_\_ (cell) \_\_\_\_\_

Interpreter needed:  Language: \_\_\_\_\_

**MOTHER**

Mother Ethnicity: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_

City/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

(bus) \_\_\_\_\_ (cell) \_\_\_\_\_

Interpreter needed:  Language: \_\_\_\_\_

**FATHER'S ATTORNEY**

Pro Per

Name \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_

City/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**MOTHER'S ATTORNEY**

Pro Per

Name \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_

City/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Does your child(ren) have an Attorney:**

Name \_\_\_\_\_

Street \_\_\_\_\_

City/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

**CHILD(REN) AT ISSUE:**

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Living With: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Living With: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Living With: \_\_\_\_\_

**FAMILY ISSUES:**

- Child Neglect
- Child Physical Abuse
- CPS Investigation
- Child Sexual Abuse
- Substance or Alcohol
- Violence Between Parents
- Move Away
- Mental Health of Parents
- Restraining Order/Status
- Other

**TRIBUNAL SUPERIOR CONDADO DE MARIN**

P.O. Box 4988  
San Rafael, CA 94913-4988  
(415) 444-7090

FECHA: \_\_\_\_\_

NO. DE CASO \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena este formulario: \_\_\_\_\_

Ha estado en mediación en Marin anteriormente? \_\_\_\_\_

Si ha estado, quien fué su mediador? \_\_\_\_\_

ESTA DEMANDA FUÉ INICIADA POR: **PADRE**  **MADRE**

**PADRE**

Origen étnico del padre: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

**Necesita Intérprete : Si**  **No**

**MADRE**

Origen étnico de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

**Necesita Intérprete: Si**  **No**

**ABOGADO DEL PADRE** En propia persona

Nombre \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Electronica \_\_\_\_\_

**ABOGADO DE LA MADRE** En propia persona

Nombre \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección Electronica \_\_\_\_\_

**Tienen sus Niños abogado?:**

Nombre \_\_\_\_\_

Número y calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**NIÑOS EN ESTE CASO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nació: \_\_\_\_\_ Con quien vive: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nació: \_\_\_\_\_ Con quien vive: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nació: \_\_\_\_\_ Con quien vive: \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS FAMILIARES:**

- Descuido Infantil
- Abuso Sexual de Niños
- Se movió lejos
- Otro
- Abuso físico de niños
- Drogas o Alcohol
- Salud Mental de los padres
- CPS Investigación
- Violencia entre los padres
- Orden de Restricción/estado