

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 child custody recommending counselor _____

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:

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Descuido Infantil | <input type="checkbox"/> Abuso Sexual de Niños | <input type="checkbox"/> Se movió lejos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico de niños | <input type="checkbox"/> Drogas o Alcohol | <input type="checkbox"/> Salud Mental de los padres | |
| <input type="checkbox"/> CPS Investigación | <input type="checkbox"/> Violencia entre los padres | <input type="checkbox"/> Orden de Restricción/estado | |