

DANE COUNTY FAMILY COURT SERVICES  
Dane County Courthouse Room 2030  
215 S. Hamilton Street  
Madison, WI 53703-3282

FAVOR DE COMPLETAR ESTA ENCUESTA PARA EL ARCHIVO GENERAL  
DEVOLVERLO A FCCS ANTES DE LA FECHA PARA CONTESTAR INDICADA EN SU CARTA

NOMBRE

TEL. DE TRABAJO

TEL. DE CASA CELULAR

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION

NUMERO Y CALLE # DE APTO

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

EMPRESA

SU OCUPACION

SU INGRESO BRUTO MENSUAL

NOMBRE DEL OTRO PADRE

EL ABOGADO DE USTED

NOMBRE DE NIÑOS

FECHA DE NACIMIENTO

ESCUELA

GRADO

¿CUANDO PASAN TIEMPO LOS NIÑOS CON CADA PADRE?

¿ALGUN NIÑO TIENE NECESIDADES ESPECIALES? – Físicas, emocionales, educacionales

¿CUALES ASUNTOS QUISIERA UD. RESOLVER EN ESTE PROCESO?

¿VIVE CON EL OTRO PADRE?  
separaron?

No

Sí

Si es que SI, ¿Por cuánto tiempo?

¿Cuándo se

LOS DIAS Y LAS HORAS DEL DIA QUE USTED PREFERE PARA TENER LAS CITAS CON FCCS:  
DIAS DE SEMANA –de lunes a viernes a.m. p.m.

Si usted requiere la asistencia de un auxiliar por una discapacidad, llame a 266-4678 (TDD 266-4625) y pregunte por el Coordinador “ADA” de la Corte (Court ADA Coordinator).

Siga al otro lado

FAVOR DE MARCAR SI HAY O HABIAN ASUNTOS EN LOS SIGUIENTES AREAS  
FAVOR DE EXPLICAR TODOS LOS ASUNTOS MARCADOS “SI” EN UNA HOJA SEPARADA.

SI NO

¿Le tiene miedo al otro padre por alguna razón?

¿Alguna vez el otro padre le golpeó a usted, o uso otro tipo de fuerza física contra usted?

¿Alguna vez usted llamó la policía, pidió una orden de restricción, o se buscó ayuda, a causa de abuso del otro padre?

¿Tiene algunas preocupaciones acerca de la seguridad física o emocional de los niños con el otro padre?

¿Alguna vez se metió el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services) con su familia?

¿Ha sido un asunto el uso de drogas o alcohol en esta relación?

¿Ha visto usted un profesional de salud mental?

¿Ha sido un asunto el manejo de las finanzas en esta relación?

---

SU FIRMA

---

FECHA