

AOC-FC-3
Rev. 10-17
Estado de Kentucky
Poder Judicial www.courts.ky.gov
 Menores de edad asociados
 Orden de protección emitida para:
 Solicitante
 Demandado/a



TRIBUNAL DE CIRCUITO DISTRITO FAMILIA
HOJA DE INFORMACIÓN DE UNA CAUSA
CASE DATA INFORMATION SHEET

Solo para uso oficial
Nº de causa: _____
Condado: _____
División: _____

SOLICITANTE:

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Demandado/a: _____

Para TODAS LAS OTRAS PARTES asociadas con este caso: por favor indique el nombre, la dirección actual, la fecha de nacimiento (DOB), el número de seguro social (SSN) y la relación con el/la Solicitante de cualquier otra parte de esta acción, o hijos de el/la Solicitante o el/la Demandado/a. Si no hay suficiente espacio a continuación, por favor adjunte una hoja adicional con toda la información solicitada.

OTRAS PARTES/HIJOS:

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Demandado/a: _____

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Demandado/a: _____

Por favor ingrese cualquier/toda causa, pendiente o pasada, de los últimos cinco (5) años, que haya involucrado a las partes o hijos de las partes en el Tribunal de Familia, Distrito o Circuito. Por favor incluya el número de causa, nombre de la parte y tipo de causa:

AVISO A LA PARTE SOLICITANTE: UNA COPIA CENSURADA SE DEBE PRESENTAR DE CONFORMIDAD CON CR 7.03. Debe rellenar este formulario totalmente de conformidad con las normas locales y en cumplimiento de la ley federal.

DEMANDADO/A:

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Solicitante: _____

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Solicitante: _____

Nombre: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº de Seguro Social: _____
Relación con el/la Solicitante: _____

Firma del Preparador/Relación con el/la Solicitante
Nombre impreso: _____
Dirección: _____

Nº de teléfono: (incluya el código de área) _____

DISTRIBUCIÓN: Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia, colocando una copia en la casilla para Órdenes de Retención de Salario del Fiscal del Condado en la Secretaría del Tribunal de Circuito