

Como Entregar Su Paquete del Caso de FOC

Su Paquete del Caso de FOC se usa en nuestra investigación de tutela o tiempo de visita de FOC. Para que su Paquete del Caso de FOC sea considerado en su investigación, por favor llénelo y entregue el formulario adjunto .

Entregándolo en Línea

Computadora/Laptop

1. Llene el formulario en una app para ver pdf, como Adobe Reader ([disponible aquí gratis](#))
2. Después de que la llenó y la firmó con su firma electrónica, guarde el formulario y de ahí vaya a la hoja de entregar Página de Entregar de FOC [FOC Form Submissions Page](#).
3. Escriba su nombre, correo electrónico, número de teléfono, y número del caso en la página de Entregar el Formulario. Adjunte su formulario llenado al final de la página y de un click al botón de Escoger Carpeta "Choose File". NOTA: Hay un límite de 2MB, y solo se aceptan carpetas de PDF, JPG, and PNG.

Teléfono Inteligente/Smart Phone

1. Instale el [Adobe Acrobat Reader App](#) en su teléfono, gratis.
2. Abra el formulario, usando la aplicación Adobe Acrobat Reader App. Entonces usted puede llenarla, firmarla y guardarla en su teléfono.
3. Después de que ha completado el formulario, guárdelo y vaya a [FOC Form Submissions Page](#).
4. Escriba su nombre, correo electrónico, número de teléfono, y número del caso en la página de Entregar el Formulario. Adjunte su formulario llenado al final de la página y de un click al botón de Escoger Carpeta "Choose File". NOTA: Hay un límite de 2MB, y solo se aceptan carpetas de PDF, JPG, and PNG.

Entregándolo por Correo

Usted puede llenarlo, imprimirlo, firmarlo y enviarlo por correo postal a nuestra oficina:

**Kent County Friend of the Court
82 Ionia NW, STE 200
Grand Rapids, MI 49503**

Entregándolo en el buzón en 82 Ionia (1^{er} piso pasando los guardias de seguridad)

Usted puede llenar el formulario, imprimirlo, firmarlo y dejarlo en el buzón en el **primer piso en 82 Ionia Ave NW, Grand Rapids, 49503**. El buzón se encuentra pasando los guardias de seguridad.

Entregándolo a través de MiChildSupport

Usted también puede entregar este formulario a través de su caso de MiChildSupport usando el comunicador de 2-vías. Visite: www.michigan.gov/michildsupport.

Entregándolo a través de un Correo por Email

Usted puede enviar por email su formulario llenado, y cualquier pregunta que tenga sobre mediación, a FOC.ADR@kentcountymi.gov. **Por favor incluya su número de caso en la línea de asunto de su email.**

PAQUETE DE CASO DE FOC

Orden del Tribunal No: _____

Nombre Legal: _____ Nombre que usa _____

¿Qué pronombres usa? Ella, de ella, suyo El, de él, suyo Ellos, de ellos, suyos

¿Tiene un abogado/a?: Si No _____

1. ¿Cuál es la dirección donde vive? _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

• ¿Cuánto tiempo ha vivido ahí? _____ Años _____ Meses Esta es una nueva dirección

• ¿Con quién vive ahí?

Nombre	FDN	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. ¿Tiene otros hijos, no de este caso, que no vivan con usted? Si No

Nombre	FDN	Usted los ve?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

3. ¿Cual era su dirección previa? _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

• Fechas que vivió ahí: _____

4. ¿Usted planea mudarse en este proximo año? Si No

• ¿Si si, cuándo? _____ ¿A cuál ciudad y estado? _____

5. ¿Tiene una pareja a esposo/a? Si No

• Si si, Nombre: _____ FDN _____

○ ¿Ellos tienen hijos? Si No Si si, por favor diga lo siguiente:

Nombre del Niño/a: _____ FDN: _____

Nombre del Niño/a: _____ FND: _____

6. ¿Esta trabajando ahora? Si No Si si, ¿Cuál es su pago por hora? _____

• Nombre del Empleador: _____ ¿Cuál es su horario de trabajo? _____

Empleador Previo	Fechas	Razon por la que se fue de ese trabajo	Pago por hora
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. ¿Usted alguna vez ha sido arrestado o condenado de un delito? Si No

¿De qué?

¿Cuándo?

Ciudad/Estado

8. ¿El **otro padre/madre** ha sido arrestado o condenado de un delito? Si No

¿De qué?

¿Cuándo?

Ciudad/Estado

9. ¿Usted o el **otro padre/madre** han estado involucrado con CPS? Si No

Padre/Madre

Mes/Año

Condado/Estado

10. Por favor liste cualquier consejero o terapeuta que **usted** ha visto en los últimos 3 años:

Nombre del Consejero

Numero de Teléfono

Fechas

11. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición mental o de salud física? Si No

Condición

Fecha de la Diagnosis

Medicamento que se toma

12. ¿Usted tiene alguna preocupación sobre la salud física o mental del **otro padre/madre**? Si No

Si si, por favor explique: _____

13. ¿Usted o el **otro padre/madre** tiene un historial de abuso de sustancias? Si No

Si si, por favor explique: _____

14. ¿Hay una PPO o una Orden de No Contacto entre los padres? Si No
15. ¿Usted o el otro padre/madre han sido condenados de violencia doméstica? Si No
16. ¿Usted o el otro padre/madre han sido condenados de un delito violento, como agresión? Si No
17. ¿Usted tiene miedo cuando está con el otro padre/madre? Si No
18. ¿El otro padre/madre ha amenazado de lastimarle a usted o el/los niños/s? Si No
19. ¿Puede tomar decisiones con el otro padre/madre sin sentirse presionado o con miedo? Si No
20. ¿Usted siente que ha sido abusado/a por el otro padre/madre? Si No

Si si, por favor explique: _____

21. ¿Quién lleva a su niño/s al doctor/dentista? Yo el otro padre/madre Ambos
22. ¿Quién hace las citas medicas/dentales de su niño/s Yo el otro padre/madre Ambos
23. ¿Quién va las conferencias de padre maestros? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
24. ¿Quién alista a su/s niño/s a que vaya/n a la escuela? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
25. ¿Quién lleva a el/los niño/s a la cama? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
26. ¿Quién ayuda a su/s niño/s con la tarea? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
27. ¿Quién va a las actividades extra-curriculares? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
28. ¿Quién se queda en la casa cuando su/s niño/s están enfermos? Yo el otro padre/madre Ambos No Aplicable
29. ¿Hay alguna disputa con respecto a la educación religiosa de su/s niño/s? Si No

30. ¿Su/s niño/s van a la escuela? Si No

Nombre del niño

Escuela

Grado

31. Por favor liste todos los terapeutas **su/s niño/s** han visto en los ultimos 3 años:

Niño

Nombre del Terapeuta

Numero de Teléfono

Fecha

32. ¿Su/s niño/s han sido diagnosticados con alguna condición mental o fisica? Si No

Niño

Condición

Fecha de Diagnosis

Medicamentos que Toma

Por favor Note: Las Líneas 33 - 38 tienen un **límite de 280 caracteres**. Línea 39 tiene un **límite de 300 caracteres**.

33. ¿Cuál horario de tutela custodia y de tiempo de visita están siguiendo en estos momentos?

34. ¿Qué es lo que usted quiere con respecto a la tutela custodia y/o tiempo de visita ? ¿Por qué?

35. ¿Usted siente que tiene una buena relación con su/s niño/s en este caso ? Si No

Explique:

36. ¿Usted siente que el otro padre/madre tiene una buena relación con sus hijo/s en este caso? Si No

Explique:

37. ¿Qué es lo que usted considera el otro/a padre/madre hace bien con su/s niño/s?

38. ¿Qué podría mejorar el otro/a padre/madre con su/s niño/s?

39. ¿Hay algo más que usted quiere que nosotros sepamos? Por favor usted puede adjuntar hojas adicionales que necesite.

Firma

Fecha

ESTADO DE MICHIGAN CIRCUITO JUDICIAL CONDADO		FRIEND OF THE COURT CUESTIONARIO DE CASO (Página 1)			CASO NO.	
Dirección de Friend of the court					No. de Teléfono	
Demandante			v	Demandado		
Complete este formulario y fírmelo en la página 4.						
SU INFORMACION GENERAL						
1. Su nombre completo			2. Fecha de nacimiento		3. Lugar de Nacimiento: ciudad y estado	
4. Dirección		Ciudad	Estado	Zona Postal	5. Teléfono de la casa	6. Teléfono del trabajo
7. Número de Seguro Social		8. No. de Licencia de Manejar	9. Licencia Profesional, tipo y no.		10. Teléfono Celular	11. Dirección de E-mail
12. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	13. Color de ojos	14. Color de cabello	15. Estatura	16. Peso	17. Raza	18. Cicatrices, tatuajes, etc.
19. Nombre completo de su padre			20. Nombre de soltera de su madre			
21. Niños en común con el otro padre/madre en este caso		Fecha de Nacimiento	Género	NSS	Fecha de graduación anticipada	No. de noches que ud. tiene con su niño al año
22. Nombres de otros niños menores de edad ya sean biológicos/adaptados que usted mantiene		Fecha de nacimiento		Dirección		
23. ¿Está embarazada? a. ¿Cuál es la fecha del parto b. ¿La otra parte en este caso es el padre biológico del niño que se espera?					24. ¿Usted está casado/a ahora?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
SU INFORMACION DE SUS INGRESOS, MEDICA, EDUCACION, Y SEGURO MEDICO						
25. Su ocupación			26. Su empleador (isi está desempleado, nombre del último empleador)			
27. Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	28. Fecha de contratación	
29. Ingresos brutos cada periodo de pago (ingresos antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bisemanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual				30. Estado civil <input type="checkbox"/> dependientes reclamados <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> jefe de familia		
31. Tasa de pago por hora (incluyendo bono de turno y COLA)		32. Total de horas regulares trabajadas por periodo de pago		33. Promedio de horas de tiempo extra en los últimos 12 meses		
34. Segundo trabajo			35. Empleador			
36. Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	37. Fecha de contratación	
38. Ingresos brutos por cada periodo de pago (ingresos antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bisemanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual				39. Tasa de pago por hora	40. Promedio de horas trabajadas por periodo de pago desde la fecha de contratación	
Desempleado y no recibe beneficios de desempleo o compensación a los trabajadores, o si solo trabaja medio tiempo, provea la siguiente información:						
Nombre del último empleador de tiempo completo			Dirección del último empleador de tiempo completo			
Posición que se tenía en el último empleo de tiempo completo			Fecha del último día empleado de tiempo completo			
Tiempo de empleo en el último trabajo de tiempo completo			Razon por dejar el último trabajo de tiempo completo			
Ingresos brutos por periodo de pago (ingresos antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bisemanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual						

ESTADO DE MICHIGAN CIRCUITO JUDICIAL CONDADO	(Página 2)	CASO NO.
---	-------------------	-----------------

SU INFORMACION DE SUS INGRESOS, MEDICA, EDUCACION, Y SEGURO MEDICO (continuacion)

42. Liste ingresos MENSUALES de todas las otras demás fuentes, como:

Comisiones _____	Beneficios de Desemp _____	Pago Guard Nac y Res. Drill _____
Bonos _____	Pago de Huelga _____	Servicios Armados _____
Participación de Utilidades _____	Pago de SUB _____	Subsidio de Renta _____
Intereses _____	Beneficios de Enferm. _____	Ingreso de Rentas _____
Dividendos _____	Comp. a Trabajadores _____	Pension Conyugal _____
A anualidades _____	Comp. Seguro. Soc. _____	Ayuda Estatal de Discapacidad _____
Pensiones/Longevidad _____	Beneficios de VA _____	F I P ayuda en efectivo _____
Comp. Diferida/IRA _____	Seguro de Discapacidad _____	Ingreso Sup. Seguridad SSI _____
Fideicomisos _____	Beneficios GI _____	Otro _____

43. ¿Usted tiene órdenes de pago de la pensión conyugal que involucren a otra persona no el padre/madre en este caso?
 Si si, complete a. b. y c. No Si, como pagador Si, como receptor

a. Cantidad de la orden (no incluya pagos por atraso)	b. Tipo de orden/No. de Caso	c. Ciudad, condado, y estado
---	------------------------------	------------------------------

44. ¿Algunos de los niños listados en preguntas 21 y 22 reciben pagos de la Administración del Seguro Social? Si No

Nombre del Niño	Cantidad (mensual)	Tipo de beneficio (marque uno)		Fuente de beneficio de dependiente (madre, padre, madrastra, padrastro)
		SSI	Beneficio de Dependiente	

45. Adjunte sus cuatro talones de cheques más recientes, o una declaración de su empleador(es) de salario y deducciones, e ingresos hasta-hoy-día, y una copia de su declaración federal y estatal de impuestos del año pasado, incluyendo todos los anexos. Si es auto-empleado, también adjunte una copia de sus tres declaraciones de su negocio y/o declaraciones de su corporación.

46. ¿Tiene usted alguna condición/restricción médica que afecte su capacidad para trabajar?
 Si si, por favor explique la condición/restricción: Si No

47. ¿Cual es su nivel de educación? (Marque uno)

<input type="checkbox"/> Menos de secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de oficio
<input type="checkbox"/> Diploma tecnico	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Titulo de posgrado

48. Nombre de la compañía de seguro médico, dirección, no. de teléfono No. de Póliza/Grupo Fecha de inicio, si se sabe

49. Nombre de la compañía de seguro dental, dirección, no. de teléfono No. de Póliza/Grupo Fecha de inicio, si se sabe

50. Nombre de la compañía de seguro óptico, dirección, no. de teléfono. No. de Póliza/Grupo Fecha de inicio, si se sabe

51. ¿Qué cobertura para los dependientes puede usted tener sin costo?
 Médica Dental Optica

52. ¿Qué cobertura para los dependientes puede tener usted al pagar una cuota adicional? (Especifique el costo por periodo de pago.)
 Médica _____ por _____ Dental _____ por _____ Optico _____ por _____

53. Individuos que están cubiertos actualmente por su seguro

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Médica ()	Dental ()	Optico ()
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ESTADO DE MICHIGAN CIRCUITO JUDICIAL CONDADO		(Página 3)		CASO NO.	
SU INFORMACION DE CUIDADO INFANTIL					
54. ¿Ha tenido gastos de cuidado infantil para niños menores en este caso de relaciones domésticas en algún momento este año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si si, complete tla siguiente información.					
Nombre del proveedor de cuidado infantil			Nombres de los niños que reciben cuidado infantil		
Número de semanas al año donde se dio cuidado infantil el año pasado			Número estimado de semanas de cuidado infantil que se va a dar este año		
Costo actual del cuidado infantil por semana.		Cantidad de crédito recibido por cuidado infantil en la declaración de impuestos federal del I.R.S. el año pasado			
¿Alguna agencia federal o estatal o una entidad pública o privada contribuyó en total o una parte del costo de cuidado infantil? Si si, por favor explique.					
55. Marque la(s) razón(es) de porque necesita cuidado infantil y estime el numero de horas que estan en cuidado infantil por cada uno .					
<u>Razón</u>		<u>Número estimado de horas por semana</u>			
<input type="checkbox"/> Relacionado con el trabajo		_____			
<input type="checkbox"/> Buscando trabajo		_____			
<input type="checkbox"/> Inscrito/a en un programa educativo para mejorar las oportunidades de empleo		_____			
56. Si su razón del cuidado infantil, provea la siguiente información.					
Nombre de la institución educativa		Total de horas en las aulas por semana	Objetivo educativo		Fecha anticipada de graduación
INFORMACION ADICIONAL					
57. Liste cualquier información adicional sobre usted o el otro padre/madre que sería útil para que el tribunal haga la recomendación de manutención. Por ejemplo: educación, discapacidad, o historial de trabajo.					

INFORMACION CON RESPECTO AL OTRO/A PADRE/MADRE EN ESTE CASO (si se sabe)					
58. Nombre completo		59. Fecha de nacimiento		60. Lugar de nacimiento: ciudad y estado	
61. Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	62. Teléfono de la casa	63. Teléfono del trabajo
64. Número del Seguro Social	65. Número de la licencia de conducir	66. Licencia Profesional, tipo, y no.		67. Teléfono celular	68. Dirección de E-mail
69. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	70. Color de ojos	71. Color de cabello	72. Estatura	73. Peso	74. Raza
					75. Cicatrices. tatuajes, etc.
76. Nombre completo del padre			77. Nombre de soltera de la madre		
78. Nombres de otros hijos/as biológicos/adoptados que el/ella mantiene		Fecha de nacimiento		Dirección	

79. ¿Esa persona está embarazada? a. ¿Cuál es la fecha del parto? b. ¿La persona en este caso es el padre biológico del niño que se espera? 80. ¿Esa persona está casada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
81. Ocupación		82. Empleador (si esta desempleado, nombre del ultimo empleador)			
83. Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal	84. Fecha de contratación	
85. Ingresos brutos por periodo de pago (ingresos antes de los impuestos)			86. Promedio de horas de tiempo extra en los 12 meses pasados.		

ESTADO DE MICHIGAN CIRCUITO JUDICIAL CONDADO	(Página 4)	CASO NO.
---	-------------------	-----------------

INFORMACION CON RESPECTO AL OTRO PADRE/MADRE EN ESTE CASO (continuación)

87. Nombre de la compañía de seguro médico, dirección, no. de teléfono	No. de Póliza/Grupo	Fecha de inicio, si se sabe
88. Nombre de la compañía de seguro dental, dirección, no. de teléfono	No. de Póliza/Grupo	Fecha de inicio, si se sabe
89. Nombre de la compañía de seguro de óptica, dirección, no. de teléfono	No. de Póliza/Grupo	Fecha de inicio, si se sabe
90. ¿Qué cobertura para los dependientes puede tener el otro padre/madre sin costo? <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optica		
91. ¿Qué cobertura para los dependientes esta disponible con el pago de una cuota adicional? (Especifique costo por periodo de pago.) <input type="checkbox"/> Médica _____ por _____ <input type="checkbox"/> Dental _____ por _____ <input type="checkbox"/> Optica _____ por _____		
92. Individuos actualmente cubiertos por el seguro del otro padre/madre		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación Médico () Dental () Optico ()
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si usted desea los servicios de friend of the court, usted debe de marcar el cuadro aquí abajo.

Yo solicito servicios de manutención infantil de acuerdo con el programa de cumplimiento de manutención infantil del Título IV-D de la Ley de Seguro Social.

Yo declaro que la información en este cuestionario es verdadera hasta mi mejor información, conocimiento, y creencia.

Fecha _____

Firma _____

Lista de Recordatorio

- ¿Ya firmó este cuestionario?
- ¿Ya completó el punto 21 con respecto al número de noches usted tiene con su niño/a anualmente? El fallo de especificar va a resultar en que friend of the court va a estimar el número de noches.
- ¿Ya adjuntó cuatro de sus talones de cheques más recientes, o una declaración de su(s) empleador(es) de su salario y deducciones e ingresos de este año hasta-hoy-en-día ?
- ¿Ya adjuntó una copia de su última declaración de impuestos federal y estatal, incluyendo todos los anexos, formularios W-2, y 1099? Si es auto-empleado, también adjunte una copia de sus declaraciones de impuestos de la compañía más recientes y/o declaración de la corporación.
- Adjunte cualquier información adicional que pueda ser útil a friend of the court para hacer una recomendación sobre la manutención. Asegúrese de poner suficientes sellos o timbres postales para cubrir estos documentos adicionales.
- ¿Ya adjuntó la Verificación de Cuidado Infantil (formulario FOC 39e) si usted está pidiendo un reembolso por gastos de cuidado infantil?
- Haga una copia de este formulario para sus archivos.
- Envíe el formulario original, completado y firmado, a la oficina de friend of the court .

ESTADO DE MICHIGAN CIRCUITO JUDICIAL CONDADO	VERIFICACION DE CUIDADO INFANTIL	CASO NO.
---	---	-----------------

Dirección de Friend of the court

No. de Teléfono

INFORMACION DE PADRE/MADRE

Complete la porción superior del formulario y su proveedor de cuidado infantil debe completar el resto. **Es su responsabilidad entregar el formulario llenado a friend of the court.**

Nombre
Nombre(s) y edad(es) del(los) niño(s) involucrados en este caso

INFORMACION DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL Por favor adjunte una lista de sus cuotas más recientes de cuidado infantil.

El proveedor de cuidado infantil debe completar el resto de este formulario para el(los) niño(s) nombrados anteriormente.

Nombre del proveedor		Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	Código de área y No. de Teléfono.	
Nombre y Edad del Niño/a	Cuota durante el Año Escolar	Promedio de no. de Horas/Semana	Cuota por Hora	Total de Cuota Semanal	
Nombre y Edad del Niño/a	Cuota durante el Verano	Promedio de no. de Horas/Semana	Cuota por Hora	Total de Cuota Semanal	
¿Usted requiere pago por servicios aún cuando los niños están ausentes para garantizar su lugar en su centro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si si, por favor explique.					
¿Alguna agencia federal o estatal o una entidad pública o privada contribuye todo o una porción del costo de los servicios de cuidado infantil? Si si, por favor, por favor diga cuál agencia y la cantidad que contribuye. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
La información anterior se da para que friend of the court pueda informar exactamente los costos del cuidado infantil al hacer una recomendación de manutención infantil. Yo certifico que la información provista anteriormente es cierta, exacta y completa.					
Fecha		Firma y Título del proveedor			