



JOS DERECHO DE FAMILIA
BINOYE JOS, ESQ.
1918 W. Chapman Ave., Suite 200
Orange, CA 92868

☎ (714) 733-7066 📠 (714) 599-9000

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

INFORMACION DE CLIENTE

NOMBRE ENTERO: _____
PRIMERO MEDIO APELLIDO NOMBRE DE SOLTERA

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
CIUDAD ESTADO CONDADO

SEXO: HOMBRE / MUJER

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO CELLULAR: _____

TELEFONO DE TRABAJO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO CON EL QUE LE GUSTARÍA SER CONTACTADO AL: CASA / CELLULAR / TRABAJO

DIRECCION ACTUAL: _____ APT #: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____ Estado: _____

Cuanto tiempo en Estado: Anos: _____ Mezes: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NUMERO DE LICENCIA: _____ Estado: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____

TITULO PROFESIONAL: _____

DIRRECCION DE EMPLEO: _____

SALARIO ANUAL: _____



PAGADO:

SEMANAL / QUINCENAL / SEMI-MENSUAL / MENSUAL

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:

Nombre: _____ DOB: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono: _____ Correo Electronico : _____

Numero de Seguro Social: _____

Propósito de la visita hoy:

DIVORCIO / CUSTODIO de NINO / ESTABLECIENDO PATERNIDAD / MEDIACION /

OTRO: _____

Si ya tiene un número de caso, indíquelo: _____

Ubicacion de la Corte: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE OPUESTA

NOMBRE COMPLETO: _____
PRIMERO MEDIO APELLIDO NOMBRE DE SOLTERA

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
CIUDAD ESTADO CONDADO

SEXO: HOMBRE / MUJER

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO CELLULAR: _____

TELEFONO DE TRABAJO: _____

Cuanto tiempo en Estado: Anos: _____ Meses: _____



NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NUMERO DE LICENCIA: _____ Estado: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____

TITULO PROFESIONAL: _____

DIRRECCION DE EMPLEO: _____

SALARIO ANUAL: _____

PAGADO: SEMANAL / QUINCENAL / SEMI-MENSUAL / MENSUAL

¿LA PARTE Oponente TIENE ABOGADO? EN CASO AFIRMATIVO:

NOMBRE DE ABOGADO: _____

NUMERO DE TELEFONO DE ABOGADO: _____

CORREO ELECTRONICO DE ABOGADO: _____

HIJOS MENORES DE EDAD

En donde viven los niños/ninas? _____ CON QUIEN: _____
DIRRECCION MADRE/PADRE/ETC.

¿ES LA PARTE Oponente EL PADRE / TUTOR BIOLÓGICO O LEGA DEL NIÑO?: SI / NO

QUIÉN OFRECE ACTUALMENTE SEGURO DE SALUD PARA LOS NIÑOS/NINAS?

CLIENTE / PARTE OPUESTA / OTRO

Cuota mensual por Seguro de salud: \$ _____

1. Nombre Completo: _____ Sexo: HOMBRE / MUJER
PRIMERO MEDIO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
CIUDAD ESTADO CONDADO

2. Nombre Completo: _____ Sexo: HOMBRE / MUJER
PRIMERO MEDIO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
CIUDAD ESTADO CONDADO

3. Nombre Completo: _____ Sexo: HOMBRE / MUJER
PRIMERO MEDIO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
CIUDAD ESTADO CONDADO



4. **Nombre Completo:** _____ **Sexo:** HOMBRE / MUJER
PRIMERO MEDIO APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____
CIUDAD ESTADO CONDADO

Para los casos de custodia de los hijos, indique las residencias de los niños durante los últimos 5 años:

Periodo de residencia	Direccion Actual	Persona con la que vive el/la niño(s)/niña(s) (nombre y direccion actual complete)	Relacion
al presente			
a	Residencia del Nino/Nina (Ciudad, Estado)	Persona con la que vivia el/la niño(s)/niña(s) (nombre y direccion actual complete)	Relacion
a	Residencia del Nino/Nina (Ciudad, Estado)	Persona con la que vivia el/la niño(s)/niña(s) (nombre y direccion actual complete)	Relacion
a	Residencia del Nino/Nina (Ciudad, Estado)	Persona con la que vivia el/la niño(s)/niña(s) (nombre y direccion actual complete)	Relacion



OTRA INFORMACION

Para casos de Divorcio:

Fecha de Casado: _____ Fecha Separados: _____

VEHICULOS:

Cliente's: _____
Ano Marca de Auto Modelo Numero de Identificacon del Vehiculo
Del Partido Contrario: _____
Ano Marca de Auto Modelo Vehicle Identification No.

PROPIEDAD DE PARTIDO'S

Su propiedad ya esta dividida por acuerdo? SI / NO

Estas comprando, o ya es dueño de casa? SI / NO

Algunas de las partes tiene beneficios de jubilacion /acciones de algun tipo? SI / NO

SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE

Esta solicitando a la corte que otorque un cambio de nombre? SI / NO

Nuevo Nombre complete solicitado: _____
First Middle Last

Su caso involucra acusaciones de:
(Marque todo lo que corresponda)

_____ Violencia Fisica _____ Antecedentes Penales
_____ Abuso de Sustancias _____ Abuso Infantil
_____ Abuso Sexual

Si tu marcaste Violencia fisica, Hay otros casos que involucren violencia domestica y/u ordenes de restriccion con las mismas partes? SI / NO

En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

Ha estado involucrado en algun procedimiento de derecho de familia ante algun tribunal? De ser asi, explique completamente cuando, donde y por que.

¿Usted o alguien asociado con este caso ha sido objeto de un (marque todas las que correspondan)

_____ Orden de Proteccion _____ Asistencia Social or Ayuda a Familias con Hijos
_____ Orden de Restriccion _____ a Cargo
_____ Investigacion de Servicios de Proteccion Infantil _____ Matrimonio de hecho o informal
_____ Tratamiento Profesional de Salud Mental _____ Acuerdo Precupcial or Acuerdo de Particion
_____ Estado de Paternidad Cuestionable _____ Demanda por Lesiones Personales
_____ Tratamiento por Abuso de Sustancias



Como fue recomendado a nuestra oficina? (un circulo)

**OFICINA / SITIO WEB / COLEGIO DE ABOGADOS / SIGNO DE PULBICIDAD / AMIGO/A O
FAMILIA / ABOGADO**

Si lo refiere una persona especifica, indique su nombre por favor:

POR FAVOR PROPORCIONE (3) TRES DE SUS TALONES DE CHECQUE RECIENTES.



POLÍTICA DE PRIVACIDAD RELATIVA A LOS NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL

La información del Seguro Social solo se utilizará en caso de que contrate a la firma para que lo represente en su asunto legal, y solo cuando sea necesario con un uso limitado durante el curso de su caso.

- Los numeros de Seguro Social son recopilados por el bufete de abogados del cliente y todos los clients proporcionan dicha informacion al bufete por escrito.
- Los numeros de Seguro Social se utilizan con mayor frecuencia para identificar de manera positive a las partes. Algunos usos pueden incluir el servicio inicial, en ordines judiciales, en ordines de retener salaries para manutencion de ninos, en informes obligatorios presentados ante el estado de Texas, or para obtener informacion de jubilacion utilizada para dividir los beneficios de jubilacion. La mayoría de los tribunals exigen los numeros de Seguro Social de todas las partes.
- Toda la informacion recibida de un cliente es confidencial. Los numeros no se divulgan de la firma a menos que sean autorizados por el cliente o requeridos en el curso de la representacion como se indico anteriormente en este documento.
- Los empleados de Jos Family Law tienen acceso a esta informacion personal.
- Se toman todas las medidas necesarias para proteger su privacidad. Esta informacion se mantiene segura dentro de las oficinas de la firma en carpetas de archivos hasta el momento en que la informacion del archive se retire y el archive se guarde en una instalacion de almacenamiento derraqda ye fuera del sitio. Los archivos eventualmente seran triturados despues de que expire el tiempo designado por el requisito de la barra estatal para mantener los registros. Los numeros de Seguro Social Tambien se guardan en programas de software firmes que estan protegidos por contrasena en nuestro sistema, que ademas esta protegido por estensos firewalls.

Reconozco que he leído la informacion de privacidad anterior proporcionada por Jos Family Law con respect al uso de mi numero de Seguro Social.

Firma

Fecha