



PERSONAL IDENTIFIER DATA SHEET
(Mental Health/Disability/Incompetency)

HOJA DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL
(Salud Mental/Discapacidad/Incompetencia)

Estado de Kentucky
Poder Judicial www.courts.ky.gov

N° de caso _____
Tribunal _____
Condado _____
División _____

****Para su uso en acciones entabladas o diligencias llevadas a cabo de conformidad con los capítulos de KRS 202A (Hospitalización involuntaria de enfermos mentales); 202B (Ingreso involuntario por discapacidad intelectual); 222.430 et seq. (Tratamiento involuntario por trastorno por consumo de sustancias); 387.500 et seq. (Tutela y curatela de personas con discapacidad); 504 (Responsabilidad, incapacidad/demencia/enfermedad mental); y 645 (Hospitalización involuntaria de menores con enfermedades mentales).

AL/A LA SOLICITANTE EN UNA DILIGENCIA DE SALUD MENTAL O DISCAPACIDAD

AL/A LA DEMANDADO/A O A SU ABOGADO/A EN UNA DILIGENCIA DEL CAPÍTULO 504

El Juzgado requiere que provea la siguiente información sobre el/la Demandado/a en esta causa:

DEMANDADO/A: *Por favor escriba en letra de molde*
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

También conocido/a como: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Identificadores de el/la Demandado/a:

Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso	Ojos	Cabello	N° de Seguro Social	N° de Lic. de Conducir	Estado

Entiendo que la información que se pide aquí pretende ser incluida en el acta judicial oficial en esta causa, y que su precisión es de suma importancia. La información que he proporcionado anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

_____, 2_____
Fecha

Firma

Nombre impreso