

AOC-FC-3

Rev. 7-25

Estado de Kentucky

Poder Judicial www.kycourts.gov

Menores de edad asociados

Orden de protección emitida para:

Solicitante

Demandado/a



**TRIBUNAL DE CIRCUITO DISTRITO FAMILIA
HOJA DE INFORMACIÓN DE UNA CAUSA**

Solo para uso oficial

Nº de caso: _____

Condado: _____

División: _____

SOLICITANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº 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, el número de seguro social y la relación con el/la Solicitante de cualquier otra parte de esta acción, o hijos del/de 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 teléfono: (incluya el código de área) _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de Seguro Social: _____

Relación con el/la Demandado/a: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº 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 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 caso, 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 llenar este formulario totalmente de conformidad
con las normas locales y en cumplimiento de la ley federal.**

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

DEMANDADO/A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº teléfono: (incluya el código de área) _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de Seguro Social: _____

Relación con el/la Solicitante: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº teléfono: (incluya el código de área) _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº de Seguro Social: _____

Relación con el/la Solicitante: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº 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 teléfono: (incluya el código de área) _____

DISTRIBUCIÓN: Dept. de Servicios de Manutención de Menores de Kentucky, colocando una copia en la casilla para Órdenes de Retención de Salario del Fiscal del Condado en la Secretaría del Tribunal de Circuito