

## Cuestionario sobre Tutela

Instrucciones: Por favor complete TODA la información necesaria que indica este cuestionario. Si alguna información no es relevante, por favor indique "N/A". Si usted no sabe la información requerida, por favor indíquelo. Por favor llene el cuestionario con pluma.

### A. Información sobre el propuesto Tutor (Persona quien proporciona cuidado)

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Otros nombres legales: \_\_\_\_\_
3. Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Teléfono: CASA ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_  
OTRO ( ) \_\_\_\_\_ {marque \* al teléfono con cual prefiere comunicarse}
5. Correo electrónico (si utiliza): \_\_\_\_\_
6. Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F (circule uno)
7. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
8. Número de identificación de California o licencia: \_\_\_\_\_
9. Estado civil: soltero(a) / casado(a) / viudo(a) / divorciado(a) / separado(a) (circule uno)
10. ¿Cuántos adultos, mayores de 18 años de edad, viven en casa? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos menores de edad, de 17 años o menos, viven en casa? \_\_\_\_\_
11. ¿Cuál es su relación con el Pupilo (persona que requiere de su cuidado)? \_\_\_\_\_
12. ¿Recibe el/la menor(es) **SSI, SSP, CALWORKS** o **TANF, Estampillas para comida, GR, MediCal, IHSS, o CAPI**? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NOSE \_\_\_\_\_
13. ¿Quién le solicito que obtuviera tutela? \_\_\_\_\_
14. ¿El menor (solamente si es mayor de 12 años) lo(a) a nominado en ESCRITO como tutor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
15. ¿Usted requiere registrarse como delincuente sexual bajo el Código Penal de California sección 290? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
16. ¿Usted a tenido cargos, sido arrestado, sido condenado de algún delito mayor o menor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
17. ¿A presentado alguien mas, una orden de restricción o orden de protección en contra suya en los últimos 10 años? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. ¿Usted esta recibiendo ayuda psiquiátrica, psicológica, o terapia por algún problema mental? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
19. ¿Usted o alguna otra persona en el hogar tiene un trabajador social o libertad condicional o un oficial de libertad condicional asignado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
20. ¿Usted o alguna otra persona en el hogar a tenido cargos, sido arrestado, o condenado de alguna manera por cargos de abuso, negligencia o acoso a un menor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
21. ¿Usted está consciente de informes/reportes que aleguen cualquier forma de abuso infantil, negligencia o molestias hechos para cualquier agencia encargada de proteger a los niños (CPS) o cualquier otra agencia de la ley con respecto a usted o cualquier otra persona que viva en casa? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
22. ¿Usted o alguna otra persona en el hogar habitualmente utiliza sustancias ilegales o abuso de alcohol? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
23. ¿Usted o alguna otra persona en el hogar a tenido cargos, sido arrestado, o condenado por un crimen de sustancias ilegales o abuso de alcohol? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
24. ¿Usted o alguna otra persona en el hogar sufre de alguna enfermedad mental? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
25. ¿Usted tiene alguna discapacidad física que le pueda dificultar realizarse como el tutor del menor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
26. ¿Tiene usted algún interés desfavorable que la corte pueda considerar que podría estar en riesgo o tener algún efecto en la habilidad de honestamente laborar las tareas de un tutor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
27. ¿Se le a otorgado a usted ser tutor, ejecutor, o fiduciario en otro procedimiento o caso? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
28. ¿Se le a pedido a usted que renuncie como tutor, ejecutor, o fiduciario en otro procedimiento o caso? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
29. ¿Se a declarado usted en bancarrota en los últimos 10 años? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Por favor explique si contesto SI como respuesta en la página anterior:**

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Información sobre el MENOR que requiere de tutor**

30. Nombre legal del menor: \_\_\_\_\_
31. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F (circule uno)
32. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
33. ¿Ha estado casado el menor alguna vez? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
34. Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha en cuando el menor se mudo a este domicilio: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

35. Si esta no es el hogar del tutor, ¿Quién vive aquí y que relación tiene con el menor?
- \_\_\_\_\_

36. La corte requiere domicilio del menor por los últimos CINCO AÑOS:

Domicilio anterior 1: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Domicilio anterior 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Domicilio anterior 3: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

**\*\*Se le proporciona espacio adicional para anotar domicilios al final de este cuestionario\*\***

37. ¿Quién tiene custodia legal en este momento sobre el menor?: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

38. Que ingreso recibe mensualmente el menor de:

TAFF \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Estampillas para comida \_\_\_\_\_

Beneficios del Departamento de Veteranos \_\_\_\_\_

Otra asistencia publica \_\_\_\_\_ (por favor se lo mas exacto posible)

39. ¿El menor recibe MediCal? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

40. ¿Es el menor miembro de o elegible para ser miembro de una o más tribus indígenas conocidas por el gobierno federal? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si contesto SI, ¿Cual(es) tribu(s)? \_\_\_\_\_

41. Si aplica, ¿Cuál es el nombre de la escuela que atiende el menor?

42. ¿El menor a estado involucrado en un caso sobre custodia o visitación? SI \_\_ NO \_\_

Si contesto SI, describa el tipo de caso y numero de caso: \_\_\_\_\_

43. Si la corte le otorga/concede la tutela, ¿el menor vivirá con usted? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

44. ¿Usted tiene planes de adoptar al menor? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

45. ¿Usted cree que alguien impugne la tutela? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si su respuesta fue SI, ¿Quién? Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

46. ¿Quiere usted asignar a otro tutor? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si contesto SI, ¿quien? Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con

pupilo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: CASA ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

OTRO ( ) \_\_\_\_\_ {marque \* al teléfono con cual prefiere comunicarse}

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F (circule uno)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de identificación de California o licencia: \_\_\_\_\_

Las respuestas que usted contesto, ¿son las mismas para este tutor? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si contesto NO, por favor de sus respuestas y de una breve explicación:

---

---

---

---

---

---

**C. ¿Por qué necesita usted tutela?** (seleccione todas las que apliquen)

- Es para el mayor bienestar que el menor este bajo mi cuidado
  - El bienestar del menor estaría en peligro si regresa con sus padres
  - Necesito la autoridad para poder tomar decisiones medicas y educativas sobre el menor
  - El menor tienes las siguientes necesidades medicas, salud mental, o necesidades educativas
- 

---

**La MADRE del menor:** (seleccione todas las que apliquen)

- Esta de acuerdo en que yo cuide y tenga la custodia del menor
- Falleció      Fecha de Fallecimiento \_\_\_\_\_
- No puede proveer un hogar estable y sano para el menor
- Vive fuera del estado de California
- Vive fuera de los Estados Unidos
- Fue deportada o se encuentra bajo custodia de emigración
- Abandono al menor

Fecha del ultimo contacto telefónico: \_\_\_\_\_ Ultima visita: \_\_\_\_\_

- No tiene un hogar estable
- Esta sin hogar
- Tiene problemas con abuso de substancias
- Esta en un centro de rehabilitación
- Esta en la cárcel
- Tiene una orden de arresto pendiente
- Tiene un historial de violencia o violencia domestica
- Tiene un historial de abuso a menores o negligencia a menores
- Ha fallado en proteger al menor de abuso
- No tiene o no puede mantener financieramente al menor

Información adicional sobre la MADRE del menor:

---

---

---

---

---

El PADRE del menor: (seleccione todas las que apliquen)

- No se sabe la identidad del padre
- No se esta escrito en la acta de nacimiento y no se a establecido la paternidad
- Esta de acuerdo en que yo cuide y tenga la custodia del menor
- Falleció      Fecha de Fallecimiento \_\_\_\_\_
- No puede proveer un hogar estable y sano para el menor
- Vive fuera del estado de California
- Vive fuera de los Estados Unidos
- Fue deportado o se encuentra bajo custodia de emigración
- Abandono al menor

Fecha del ultimo contacto telefónico: \_\_\_\_\_ Ultima visita: \_\_\_\_\_

- No tiene un hogar estable
- Esta sin hogar
- Tiene problemas con abuso de substancias
- Esta en un centro de rehabilitación
- Esta en la cárcel
- Tiene una orden de arresto pendiente
- Tiene un historial de violencia o violencia domestica
- Tiene un historial de abuso a menores o negligencia a menores
- Ha fallado en proteger al menor de abuso
- No tiene o no puede mantener financieramente al menor

Información adicional sobre la PADRE del menor:

---

---

---

---

**D. Familiares del MENOR que requiere de tutela**

Nombre a todos los familiares sin importar que estén vivos o muertos, *esta información es requerida*. Todos los domicilios deben de estar completos incluyendo Código Postal o Código

del País. Si algún familiar ya falleció, escriba “fallecido” en el espacio del domicilio. Por favor escriba claramente.

*Para tutelas de múltiples menores con diferentes familiares, ponga a todos los familiares del primer menor aquí, y ponga a todos los familiares que no aya anotado en esta página al final de la forma.*

**Madre:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Padre:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Abuelo Paterno:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Abuela Paterna:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Abuelo Materno:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Abuela Materna:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Hermanos y Hermanas del Pupilo (incluya a medios-hermanos y medias-hermanas):**

Nombre 1: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**E. MENOR/ES adicionales que requieren de un tutor**

Nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F (circule uno)

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha estado casado el menor alguna vez? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha en cuando el menor se mudo a este domicilio: (mes) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

Si esta no es el hogar del tutor, ¿Quién vive aquí y que relación tiene con el menor?

Si los domicilios del menor son diferentes, por favor anótelos aquí:

Domicilio anterior 1: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Domicilio anterior 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

**\*\* Espacio adicional para anotar a mas familiares esta disponible al final de esta forma \*\***

**YO DECLARO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

**Familiares adicionales (si es necesario):**

Solamente indique a hermanos / hermanas / hijos(as) / nietos(as) quienes no cupieron en un espacio en la pagina anterior. No necesita indicar a tías(os), sobrinas(os), primos(as), etc....

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Pupilo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Pupilo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Pupilo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con Pupilo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Espacio para domicilios anteriores (si en necesario):** *(solamente domicilios de cinco años atrás)*

Domicilio anterior 4: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Domicilio anterior 5: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha en que vivió el menor en este domicilio: de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Adulto con quien vivía el menor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_



# ELDER LAW & ADVOCACY

939 West Main Street, 2<sup>nd</sup> Floor, Box 19, El Centro, CA 92243

Tel: (760) 353-0223 † www.seniorlaw-sd.org † Fax: (760) 353-3276

† CONSERVATORSHIP & GUARDIANSHIP CLINIC † LEGAL SERVICES PROGRAM †  
a California non-profit corporation serving seniors since 1978

## ELDER LAW & ADVOCACY Y LA CORTE SUPERIOR DEL CONDADO DE IMPERIAL CLINICA BILINGUE DE TUTELAS

### ACUERDO PARA ASISTENCIA DE TUTELAS LEGALES

La Clínica Bilingüe de Tutelas esta disponible para ayudar a todos los participantes que buscan ayuda con respecto a obtener una tutela o tutela limitada.

El personal y los voluntarios de La Clínica Bilingüe de Tutelas son personas neutrales que **no representan a los padres / partido(s)**. No existe o se crea ninguna relación de abogado-cliente entre La Clínica Bilingüe de Tutelas y el participante de La Clínica Bilingüe de Tutelas.

Los servicios de La Clínica Bilingüe de Tutelas están disponibles para los padres / partido(s) que tengan preguntas acerca de tutelas o tutelas limitadas. No existe confidencialidad o secretos entre La Clínica Bilingüe de Tutelas y los participantes de estos servicios.

El personal y voluntarios de La Clínica Bilingüe de Tutelas ofrecen información y educación y asistencia en el llenado de formularios. El personal y voluntarios no proporcionan asesoramiento legal o representan a los participantes en la Corte. La asistencia de La Clínica Bilingüe de Tutelas es proporcionada como un servicio publico.

Los asuntos de tutelas implican varios derechos legales que son valiosos y complejos. Consulte con un abogado antes de intentar utilizar la asistencia de auto-ayuda. Sin la ayuda de un abogado, muchos derechos pueden ser no adecuadamente protegidos.

He leído y entendido lo anterior:

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Fundado por: The State Bar of California, Equal Access Fund and Elder Law & Advocacy El Colegio de Abogados de California, El Fonde de Igualdad de Acceso y Derecho de la Anciedad y Defensa**