



COUNTY OF EL PASO Domestic Relations Office

Jim Fashing
Executive Director

500 E. SAN ANTONIO • RM. LL-108
EL PASO, TX 79901
☎ (915) 834-8200 📠 (915) 834-8299
www.epcounty.com/dro

Ouisa D. Davis, Chief – Friend of Court Division
Edna Telles, Chief – Family Court Services Division
Flor Galvan, Office Manager

CRITERIO DE ACEPTACION PARA REFORZAR UN CASO CON LA ORDEN

La Oficina de Relaciones Domesticas del Condado de El Paso reforzará las ordenes de manutención infantil y visitas a través del programa “Amigo de la Corte”. Cuando la ORD acepta una aplicación para reforzar, la ORD no representa al solicitante, ni al demandado. La ORD representa únicamente los intereses de la corte que ha emitido la orden como “Amigo de la Corte”. Cada persona en el caso tiene derecho a contratar un abogado para representarle a el o a ella en cualquier acción de la corte que la ORD pueda tomar. Cualquier persona que es parte de un caso puede aplicar para servicios a través del programa Amigo de la Corte, si el siguiente criterio esta establecido:

- 1) Los dos padres, y los niños, vivir in el Condado de El Paso;
- 2) La orden para reforzar ha sido emitida por una corte de El Paso, o ya ha sido transferida a El Paso si originalmente había sido emitida en otra corte fuera de El Paso;
- 3) No hay un procedimiento de la corte pendiente;
- 4) No hay una orden de protección pendiente;
- 5) Hay una orden FINAL para manutención infantil o para visita (esto incluye decretos de divorcio, ordenes de modificación, decretos de paternidad o ordenes estableciendo la relación padre-hijo, y ordenes de protección, pero **no** ordenes temporales) con su aplicación.
- 6) El solicitante tiene que estar al corriente con su cuota de servicio anual. Esta cuota es únicamente para los casos que la orden fue firmada después del 16 de Octubre del 2000.

Si desea aplicar para los servicios con la División de Reforzamiento de la ORD, por favor llene una aplicación (actualmente disponibles en las oficinas de la ORD y en el website de la ORD www.co.el-paso.tx.us/dro/) y devuélvala a la ORD con la cuota de aplicación de \$30.00 **no** reembolsables y una copia pertinente a la orden de la corte. Ud. será notificado por escrito si la ORD acepta su caso y que acciones han sido tomadas por esta oficina.

ADVERTENCIA:

Si el demandado vive fuera del condado de El Paso, el solicitante tendrá que pagar el costo de entregarle los documentos legales al demandado por medio de un procesador privado. Esta oficina requiere de un deposito de \$150.00 al entregar la aplicación para la contratación del procesador privado. Si el solicitante vive fuera del condado de El Paso, la corte requiere que el solicitante y el demandado este presente en la(s) audiencia(s).

Reconozco que he leído, entendido y acuerdo seguir estos criterios.

FIRMA

CONDADO DE EL PASO
OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS
500 E. SAN ANTONIO STREET, CUARTO LL108
EL PASO, TEXAS 79901
(915)834-8200 HORARIO: 8:00AM – 4:30 PM

FOR INTERNAL USE ONLY RECEIPT NO.: _____ AMT PAID: _____ DATE PAID: _____ SUBMITTED BY: mail/ walk-in/ email

APLICACION PARA REFORZAR DERECHOS DE POSESION

_____ Non IV-D Case – Cuota de aplicación \$30.00, CSF

_____ IV-D Case – No cuota de aplicación

Cause No. _____

Fecha de Aplicación _____

NOTA: UNA PROPUESTA PARA REFORZAR UNA ORDEN POR **DESACATO** PUEDE RESULTAR QUE LA PERSONA QUE TIENE CUSTODIA PRIMARIA SEA ENCARCELADA EN LA CARCEL DEL CONDADO DE EL PASO.

LEA POR FAVOR LA FORMA “**LOS CRITERIOS PARA LA ACEPTACION DE CASOS EN LA ORD**” QUE ESTA ADJUNTA A LA PARTE POSTERIOR DE ESTA APLICACION, ANTES DE SOMETER LA APLICACION. LA CUOTA **NO ES REEMBOLSABLE.**

INFORMACION GENERAL

Debe ser una copia de la orden mas reciente debe acompañar esta aplicación. Si no lo tiene, puede obtener una copia de la Oficina del Registro Distrito, Rm 103, El Paso County Courthouse, 500 E. San Antonio, El Paso, Texas 79901.

Es póliza de esta oficina de intentar resolver las disputas de visita mandando a la persona que tiene la custodia primaria una carta de queja. La carta advierte a la persona con la custodia primaria que una queja ha sido recibida por la oficina de relaciones domesticas que las visitas no están siendo efectuadas como fue ordenado; y si no se resuelve este problema, se tomara acción legal. Todo esfuerzo razonable será hecho para resolver la disputa de visita sin acción de corte. La cuota de \$30.00 debe acompañar esta aplicación y una copia de cualquier orden que debe ser reforzada. Si no se llega a un acuerdo, la cuota debe ser pagada antes que una acción de corte sea iniciada.

Nuestra oficina requiere que los dos parientes participan las clases de orientación por su horario de visitas, clases cooperativas para padres, facilitación de acceso. Si es necesario, intercambio monitoreado o visitas supervisado será recomendado. Aplicando por nuestro servicios, usted esta de acuerdo en participar in todas las actividades recomendado de nuestras oficinas.

INFORMACION DE APLICANTES – (EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACION DEL APLICANTE (POSESOR DE TUTORIA _____ O CONJUNTA _____)

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

TELEFONO CASA:(____) _____

FECHA NACIMIENTO: _____

EMPLEO: _____

TELEFONO:(____) _____ HORAS: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____

INFORMACION DEL PERSONA CON CUSTODIA PRIMARIA DEL NIÑO(A)

NOMBRE: _____

NO.SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

LICENCIA MANEJAR: _____ ESTADO _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

TELEFONO CASA:(____) _____

FECHA NACIMIENTO: _____

EMPLEO: _____

TELEFONO:(____) _____ HORAS: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZP: _____

ALIAS/APODOS: _____

COLOR PELO: _____ COLOR OJOS: _____

RAZA: _____ SEXO: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____

HISTORIA CRIMINAL DE AMBOS APLICANTES (INCLUYENDO ORDENES DE PROTECCION Y/O RESTRICCION Y CUALQUIER ORDEN DE LIBERTAD CONDICIONAL) _____

DESCRIPCION FISICA DE LA PERSONA CON CUSTODIA PRIMARIA DEL NINO(A): (TATUAJES, BARBA, CICATRICES, LENTES, ETC.) _____

MARCA DE AUTO: _____ MODELO: _____ AÑO: _____

COLOR: _____ PLACAS: _____ OTRA INFORMACION: _____

INFORMACION ADICIONAL/OTRAS LOCALIDADES DONDE SERVICIO PUEDE SER ENTREGADO: _____

INFORMACION DE HIJOS

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

NOMBRE: _____

NO. SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ LUGAR _____

SEXO: _____ AÑO DE GRADUACION: _____

INFORMACION DEMOGRAFICO

COMO SE DIO CUENTA DE ESTA OFICINA?

- SELF CORTE IVD/AG OFFICE OTRO

QUE ES SU PARENTESCO/RELACION CON ESTOS NIÑOS?

- PADRE MADRE ABUELO(A) GUARDIÁN LEGAL

CUANTAS NIÑOS ESTÁN INVOLUCRADOS EN ESTE CASO? _____

POR CUANTOS OTROS NIÑOS ES RESPONSABLE? (NO INCLUYE HERMANASTROS O NIÑOS DE SU PAREJA) _____

MARITAL STATUS

CUANDO LOS NIÑOS INVOLUCRADOS EN ESTE CASO NACIERON ESTABA:

- NO CASADO CON LA OTRA PADRE
 CASADA CON LA OTRA PADRE
 SEPARADO DEL OTRO PADRE
 DIVORCIADO DEL OTRO PADRE

ESTA CASADA ACTUALMENTE SI NO SI "SI" TIENE HIJOS DE ESTE MATRIMONIO? SI NO
SI "SI", CUANTOS HIJOS TIENEN DE SU MATRIMONIO ACTUAL (SIN INCLUYEN HERMANASTROS) _____

ETHNICITY

- AMERICAN INDIAN /ALASKA NATIVE
- ASIAN AMERICAN / PACIFIC ISLANDERS
- BLACK/AFRICAN AMERICAN / NEGRO
- WHITE / ANGLO
- HISPANIC / HISPANO
- OTHER / OTRO

INCOME (IN THOUSANDS)

- LESS THAN \$10,000 / MENOS DE \$10,000
- \$10,000 – 19,000
- \$20,000 – 29,000
- \$30,000 – 39,000
- \$40,000 AND ABOVE / \$40,000 Y MAS

INFORMACION SOBRE ORDEN DE CORTE PARA VISITAS

NOMBRE DE LA ORDEN FINAL EN LA CUAL ESTAN ESTABLECIDAS LAS VISITAS ACTUALES – **NO INCLUYA ORDENES TEMPORALES:**

FECHA DE ORDEN FIRMADA: _____ ES ORDEN DEL CONDADO DE EL PASO?: _____
SI ES OTRO QUE EL CONDADO DE EL PASO DONDE? _____ SI ES ORDEN DE OTRO CONDADO, HA SIDO
TRANSFERIDA AL CONDADO DE EL PASO _____

ESTA LA PERSONA QUE TIENE CUSTODIA PRIMARIA ACTUALMENTE EN LIBERTAD CONDICIONAL EN EL CONDADO DE EL PASO POR NO PERMITIR VISITAS? _____

ENUMERE POR LO MENOS TRES FECHAS EN LAS CUALES UN INTENTO DE VISITA FUE NEGADO. ESTAS FECHAS DEBEN **SER IDENTICAS** A LAS FECHAS EN LAS CUALES USTED TIENE DERECHO A TENER POSESION DE LOS NINOS SEGUN LA ULTIMA ORDEN DE LA CORTE CON REFERENCIA A VISITAS. INCLUYA INFORMACION SOBRE MAS FECHAS EN UNA HOJA SEPARADA Y ADJUNTELA CON LA APLICACION.

1. _____
(MES/FECHA/AÑO) (DIA DE LA SEMANA) (HORA)
DIRECCION DEL INTERCAMBIO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL
2. _____
(MES/FECHA/AÑO) (DIA DE LA SEMANA) (HORA)
DIRECCION DEL INTERCAMBIO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL
3. _____
(MES/FECHA/AÑO) (DIA DE LA SEMANA) (HORA)
DIRECCION DEL INTERCAMBIO: _____
CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

PARA FECHAS ADICIONALES, INCLUYA ESTA INFORMACION EN UNA HOJA DE PAPEL SEPARADA Y ADJUNTELA CON SU APLICACION.

CUANDO FUE LA ULTIMA VISITA CON EL NIÑO(A)(S)? _____

CUANTO TIEMPO DURO LA VISITA? _____

HAN VIVIDO EL NIÑO(A)(S) CONTINUAMENTE CON LA PERSONA QUE TIENE CUSTODIA PRIMARIA DESDE EL DIA DE LA ULTIMA ORDEN DE LA CORTE? _____

SI EL NIÑO(A)(S) HAN VIVIDO CON OTRA PERSONA QUE NO SEA LA QUE TIENE CUSTODIA PRIMARIA, POR FAVOR LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL NIÑO(A)(S): _____

CON QUIEN VIVIA EL NIÑO(A): _____

PARENTESCO CON EL NIÑO(A)(S): _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

FECHAS QUE EL NIÑO(A)(S) RESIDIERON CON LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA:

1. EMPEZANDO _____ TERMINANDO _____
(MES/AÑO) (MES/AÑO)
2. EMPEZANDO _____ TERMINANDO _____
(MES/AÑO) (MES/AÑO)

POR FAVOR MENCIONE TESTIGOS A LAS FECHAS EN QUE LA VISITA FUE NEGADA:

1. NOMBRE: _____ TELEFONO: (____) _____
DIRECCION: _____ PARENTESCO: _____
2. NOMBRE: _____ TELEFONO: (____) _____
DIRECCION: _____ PARENTESCO: _____

INFORMACION GENERAL

ADVERTENCIAS

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, REPRESENTA SOLAMENTE LA CORTE QUE HA DADO LA ORDEN COMO "AMIGO DE LA CORTE". LA OFICINA **NO REPRESENTA NI AL APLICANTE NI AL RESPONDEDOR.** AMBOS TIENEN EL DERECHO DE CONTRATAR UN ABOGADO QUE LOS REPRESENTA EN CUALQUIER ACCION DE CORTE QUE HAYA SIDO TOMADA POR LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS**.

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, ESTA LIMITADA A REFORZAR LA ORDER DE VISITA SOLAMENTE, Y NO REPRESENTA AL APLICANTE NI ACEPTA SERVICIOS PARA EL APLICANTE SI UNA SOLICITUD DE DESACATO HA SIDO REQUERIDA.

LA **OFICINA DE RELACIONES DOMESTICAS** DEL CONDADO DE EL PASO DIVISION DE OBLIGACIONES, NO REGISTRARA UNA ACCION DE REFORZAMIENTO SI UNA ACCION DE PLEITO DE CUALQUIER CLASE ESTA ACTUALMENTE PENDIENTE EN SU CASO.

YO, JURO O AFIRMO QUE HE LEIDO TODA LA APLICACION, Y ENTIENDO LA INFORMACION AQUI CONTENIDA Y QUE LA INFORMACION QUE HE ESCRITO EN ESTA APLICACION ES VERDADERA Y CORRECTA A MI ENTENDER, Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS MENCIONADOS MAS ARRIBA.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA DE LA FIRMA

For office use only		
Services provided by FCS:	<input type="checkbox"/> Mediation <input type="checkbox"/> Counseling / Access Facilitation <input type="checkbox"/> Parenting Plan <input type="checkbox"/> Education / Cooperative Parenting Classes	<input type="checkbox"/> Guidelines/Ct order sem <input type="checkbox"/> Monitored visit <input type="checkbox"/> Supervised visit <input type="checkbox"/> Neutral drop-off <input type="checkbox"/> Pre-trial conference
Parenting time increased?	<input type="checkbox"/> Custody/Visitation	

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date referred to FOC:
--	--	-----------------------