

In the Court of Common Pleas of Lehigh County, Pennsylvania

En el Tribunal de Primera Instancia del Condado de Lehigh Pennsylvania

Data Sheet

(Hoja De Datos)

Plaintiff's/Caretaker's Information: Relationship to children _____

Información del Demandante / Cuidador:

Relación con los menores

Name (Last, First, Middle) _____

Nombre (Apellido, nombre, apellido)

Maiden Name/Alias _____

Apellido de Soltera/Sobrenombre

Address _____

Dirección

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

SSN _____ DOB _____ Ph# _____ Cell # _____

Seg. Social

Fecha de nacimiento

Teléfono

Celular

E-mail Address _____

Correo Electrónico

City of Birth: _____ Plaintiff's Attorney _____

Ciudad de nacimiento y estado

Nombre del Abogado

Physical Description: Ht. _____ Wt. _____ Eyes _____ Hair _____ Race _____

Descripción física

Altura

Peso

Ojos

Cabello

Raza

Employer Name _____ Net Pay \$ _____ per _____

Nombre del empleador

Pago Neto

por

Employer Address _____ Employer Phone _____

Dirección del Empleador

Teléfono del Empleador

Mother's Maiden Name (full) _____

Nombre y Apellido de Soltera de Su madre

Father's Name _____

Nombre y Apellido de Su padre

Medical Insurance Carrier Name _____

Nombre de su Seguro Medico

Address _____ Telephone No _____

Dirección del Seguro Medico

Numero de Teléfono del Seguro Medico

Policy # _____ Group # _____

Numero de Polisa

Número del Grupo

Marital Status with respect to Defendant/Plaintiff:

Estado Civil Con respecto al demandado O demandada

Divorced
Divorciado/a

Married
Casado

Separated
Separado

Single
Soltero

Address of last marital domicile _____

Dirección del Ultimo Domicilio Conyugal

Date Married _____ Date Separated _____ Date Divorced _____

Fecha de Matrimonio

Fecha de Separación

Fecha de Divorcio

Plaintiff's/Caretaker's Information continued:

Información Del/De la demandante/guardián continuación

Place of Marriage _____ Place of Divorce _____
Lugar de Matrimonio Lugar de Divorcio

Driver License No _____ State _____
Numero de Licencia Estado

Date Issued _____ Expiration Date _____
Fecha Inscrita Fecha de Expiración

Children's Information (Defendant's children only)

Información de los niños (únicamente hijos del/dela demandado/a)

1. Name (Last, First, Middle) _____
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

SSN _____ DOB _____ Age _____ Sex _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Edad Sexo

Paternity Established Yes No
Con Paternidad establecida Si No

Birth Location (Hospital) _____ Date of Conception _____
Nombre de la Ciudad y del hosp. de nacimiento Fecha de concepción

Conception State _____ Is defendant's name on birth certificate? Yes No
Estado donde concivio Esta el nombre del demandado en el cert. De nacimiento? Si No

2. Name (Last, First, Middle) _____
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

SSN _____ DOB _____ Age _____ Sex _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Edad Sexo

Paternity Established Yes No
Con Paternidad establecida Si No

Birth Location (Hospital) _____ Date of Conception _____
Nombre de la Ciudad y del hosp. de nacimiento Fecha Cuando Concivio

Conception State _____ Is defendant's name on birth certificate? Yes No
Estado donde Concivio Esta el nombre del demandado en el cert. de nacimiento? Si No

3. Name (Last, First, Middle) _____
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

SSN _____ DOB _____ Age _____ Sex _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Edad Sexo

Paternity Established Yes No
Con Paternidad establecida Si No

Birth Location (Hospital) _____ Date of Conception _____
Nombre de la Ciudad y del hosp. de nacimiento Fecha Cuando Concivio

Conception State _____ Is defendant's name on birth certificate? Yes No
Estado donde Concivio Esta el nombre del demandado en el cert. de nacimiento? Si No

4. Name (Last, First, Middle) _____
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

SSN _____ DOB _____ Age _____ Sex _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Edad Sexo

Paternity Established Yes No
Con Paternidad establecida Si No

Birth Location (Hospital) _____ Date of Conception _____
Nombre de la Ciudad y del hosp. de nacimiento Fecha Cuando Concivio

Conception State _____ Is defendant's name on birth certificate? Yes No
Estado donde Concivio Esta el nombre del demandado en el cert. De nacimiento? Si No

5. Name (Last, First, Middle) _____
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

SSN _____ DOB _____ Age _____ Sex _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Edad Sexo

Paternity Established Yes No
Con Paternidad establecida Si No

Birth Location (Hospital) _____ Date of Conception _____
Nombre de la Ciudad y del hosp. de nacimiento Fecha Cuando Concivio

Conception State _____ Is defendant's name on birth certificate? Yes No
Estado donde Concivio Esta el nombre del demandado en el cert. De nacimiento? Si No

Defendant's Information :
Información del/de la Demandado/a

Name (Last, First, Middle) _____
Nombre (Apellido, nombre, apellido)

Maiden Name/Alias _____
Apellido de Soltera/Sobrenombre

Address _____
Dirección

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____
Ciudad Estado Código postal Condado

Other address (mailing or residence) _____
Otra dirección

SSN _____ DOB _____ Ph# _____ Cell # _____
Seg. Social Fecha de nacimiento Teléfono Celular

E-mail Address _____
Correo Electrónico

City of Birth: _____ Defendant's Attorney _____
Ciudad de nacimiento y estado Abogado del Demandado

Physical Description: Ht. _____ Wt. _____ Eyes _____ Hair _____ Race _____
Descripción física Altura Peso Ojos Cabello Raza

Employer Name _____ Net Pay \$ _____ per _____
Nombre del empleador Pago Neto por

Employer Address _____ Employer Phone _____
Dirección del Empleador Teléfono del Empleador

Defendant's Information continued:

Información del/de la demandado/a continuó:

Mother's Maiden Name (full) _____
Nombre y Apellido de Soltera de Su madre

Father's Name _____
Nombre y Apellido de Su padre

Medical Insurance Carrier Name _____
Nombre de su Seguro Medico

Address _____ Telephone No _____
Dirección del Seguro Medico Numero de Teléfono del Seguro Medico

Policy # _____ Group # _____
Numero de Póliza Número del Grupo

Driver License No _____ State _____
Numero de Licencia Estado

Date Issued _____ Expiration Date _____
Fecha Inscrita Fecha de Expiración

Is the combined net income of the plaintiff and defendant \$30,000.00 per month? Yes No
Es el Pago Neto de ambas Partes \$30,000.00 por Mes? Si No

Are you receiving cash or medical assistance? Yes No Applying? Yes No
Está recibiendo Efectivo o Asistencia Médica? Si No Aplicando? Si No

Are you receiving child care subsidy? Yes No
Está recibiendo ayuda subsidiaria para el cuidado de Nino? Si No

Your Welfare Case # _____
Número del Caso de Asistencia Publica

Existing Support Order Yes No Case # _____ County _____ State _____
Existe orden de pensión Si No Número del caso condado Estado

Amount for Spouse: \$ _____ per month
Cantidad Para Esposa/o por mes

Amount for Child(ren): \$ _____ per month
Cantidad Para los Menores por mes

Amount for Family (spouse & child[ren]) \$ _____ per month
Cantidad Para la familia por mes

I verify that the statements in this document are true and correct to the best of my knowledge. I understand that any false statement is subject to penalty in 18 Pa. C.S. 4904 relating to unsworn falsification to authorities.

A mi leal saber y entender, confirmé que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas. Comprendo que cualquier declaración falsa está sujeta a penalización de conformidad con lo establecido en el artículo 4904, del Título 18 de los Estatutos Consolidados de Pennsylvania (Pa.C.S., Pennsylvania Consolidated Statues) con relación a las falsificaciones sin juramentar ante las autoridades.

Date
Fecha

Signature
Firma

Do you require a Spanish interpreter for the intake interview today? Yes No
Necesita usted un intérprete en español Para la entrevista de hoy? Si No