

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Fecha de retención: \_\_\_\_\_

**DESPACHO DE ABOGADOS DE GEORGE C. RUIZ**  
**ADMISIÓN DE DIVORCIO**

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

**CLIENTE:** Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de apt: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en el Condado? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

¿Ciudadano de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Color cabello color \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

Pago Mensual: \_\_\_\_\_ Pagado: **Semanal Quincenal Mensual Semestral**

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo el texto concerniente a mi caso.  Autorizo correos electrónicos de interés general de George C. Ruiz.  Autorizo una llamada de seguimiento con respecto a mi consulta. Si es así, por favor indique un número de contacto. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA PARTE CONTRARIA:**

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de apt: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en el Condado? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

¿Ciudadano de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Color cabello color \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

Pago Mensual: \_\_\_\_\_ Pagado: **Semanal Quincenal Mensual Semestral**

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha y ciudad del matrimonio: \_\_\_\_\_

Fecha y ciudad de separación: \_\_\_\_\_

### NIÑOS:

¿Dónde residen los niños? \_\_\_\_\_ Con quién: \_\_\_\_\_

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado

2. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado

3. Nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad Condado Estado

### SEGURO DE SALUD

**Por favor envíe una copia de cualquier tarjeta de seguro a 210-701-0960 para agregar su archivo.**

Seleccione cualquier cobertura de atención médica actual para el niño/niños:

- Cubierto por el empleo del cónyuge
- Cubierto por mi empleo
- Cubierto por un seguro no proporcionado por el empleo
- Medicaid
- Programa de seguro de salud para niños (Chip)

Seleccione cualquier parte que tenga acceso a un seguro de salud privado a un costo razonable para él/ella:

- Madre
- Padre
- Otros

¿Ha solicitado uno de los siguientes programas?:

- Medicaid

- Programa de seguro de salud para niños (Chip)
- Otros

NOMBRE de la COMPAÑÍA ASEGURADORA que proporciona seguro médico al niño a través del empleo: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PÓLIZA del seguro que cubre al niño a través del empleo \_\_\_\_\_

COSTO MENSUAL del seguro que cubre al niño a través del empleo \_\_\_\_\_

COSTO del programa de seguro de salud para niños (CHIP) que cubre al niño: \_\_\_\_\_

Estado de la solicitud para Medicaid/CHIP o plan de salud gubernamental: \_\_\_\_\_

**DEUDAS DE PARTES:  
VEHÍCULOS**

**Por favor envíe una copia de cualquier tarjeta de seguro a 210-701-0960 para agregar su archivo**

Suyo: \_\_\_\_\_

Año

Modelo

Identificación del vehículo No.

Cónyuge: \_\_\_\_\_

Año

Modelo

Identificación del vehículo No.

**PROPIEDAD DE LAS DOS PARTES:**

¿Su propiedad ya está dividida por acuerdo? SÍ o NO

¿Está comprando o tiene una casa? SÍ o NO

¿Alguna de las partes tiene beneficios de jubilación/existencias de cualquier tipo? SÍ o NO

**SOLICITUD DE CAMBIO DE NOMBRE:**

¿Está solicitando a la corte que conceda un cambio de nombre? SÍ o NO

Nuevo nombre completo solicitado: \_\_\_\_\_

**OTRAS INFORMACIONES:**

¿Su caso involucra acusaciones de?	Violencia física	SÍ o NO
	Antecedentes penales	SÍ o NO
	Consumo excesivo de alcohol	SÍ o NO
	Adulterio	SÍ o NO
	Uso de drogas ilegales	SÍ o NO
	Abuso	SÍ o NO
	Problemas financieros	SÍ o NO
	Abuso informático	SÍ o NO

Si la violencia física, ¿alguna vez se ha emitido una orden de protección SÍ o NO

Si es así, por favor dé detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se ha acusado a su cónyuge alguna vez de algún crimen que no sea multas de tráfico? SÍ o NO

Si es así, por favor dé los detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay otras circunstancias que pueden ser un factor en su caso? SÍ o NO

Si es así, por favor dé detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha participado en algún procedimiento de derecho de familia con cualquier tribunal o la Fiscalía General?

Si es así, por favor explique completamente Cuándo, dónde y por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha presentado bancarrota? Si es así, por favor explique dónde, Cuándo y la disposición. \_\_\_\_

¿Qué edad tenía la madre en el momento en que el niño mayor fue concebido? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía el padre en el momento en que el niño mayor fue concebido? \_\_\_\_\_

Have you or any one associated with this case been the subject of a: **(circle any applicable)**

- |                                                      |                                                            |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| a) orden de protección                               | g) bienestar o ayuda a las familias con hijos dependientes |
| b) orden de restricción                              | h) derecho consuetudinario o matrimonio informal           |
| c) investigación de servicios de protección infantil | i) terminación de los derechos de los padres               |
| d) tratamiento profesional de salud mental           | j) acuerdo prenupcial o acuerdo de particionamiento        |
| e) estado de paternidad cuestionable                 | k) demandas por lesiones personales                        |
| f) tratamiento de abuso de sustancias                |                                                            |

Si hay algún círculo, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **POLÍTICA DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL**

La información del seguro social sólo se utilizará en el caso de contratar a la empresa para representarlo en su asunto legal, y luego sólo cuando sea necesario en uso limitado durante el transcurso de su caso.

- Los números del seguro social son recogidos por el bufete de abogados del cliente y todos los clientes proporcionan dicha información a la firma por escrito
- Los números de seguro social se utilizan con mayor frecuencia para identificar positivamente a las partes. Algunos usos pueden incluir servicio inicial, en órdenes judiciales, para retener salarios para manutención de menores, en los informes requeridos presentados con el estado de Texas, o para obtener información de jubilación usada para dividir los beneficios de jubilación. La mayoría de los tribunales requieren números de seguro social de todas las partes.
- Toda la información recibida de un cliente es confidencial. Los números no se liberan de la empresa a menos que sea autorizado por el cliente o requerido en el curso de la representación como se indicó anteriormente en este documento.
- Los empleados de la oficina de derecho de George C. Ruiz tienen acceso a esta información personal.
- Cada paso se toma para proteger su privacidad. Esta información se mantiene segura dentro de las oficinas de la empresa en carpetas de archivos y cajones de archivos hasta el momento en que la información del archivo se retira y el archivo se retira al almacenamiento en una instalación de almacenamiento bloqueada y fuera del sitio. Los archivos eventualmente serán triturados después de la hora designada por el requisito de barra de estado para mantener los registros ha expirado. Los números de seguro social también se guardan en programas de software firmes que están protegidos por contraseña en nuestro sistema que está más protegido por firewalls extensos

Reconozco que he leído la información de privacidad anterior proporcionada por la oficina legal de George C. Ruiz en relación con el uso de mi número de seguro social.

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