

**Domestic Relations Section, Berks Co Services Center**  
**Intake Information Questionnaire/Data Sheet**

Cuestionario de Información de Admisión /Hoja de Datos

(print clearly and answer all questions)  
(Escriba con claridad en letra de molde y responda todas las preguntas)

Case Number \_\_\_\_\_

Docket Number \_\_\_\_\_

Other State Id Number \_\_\_\_\_

Worker ID/Initials \_\_\_\_\_

Conference: \_\_\_\_\_

Indicate what you are filing for: **Child Support** \_\_\_\_\_

**Spousal Support** \_\_\_\_\_

**APL** \_\_\_\_\_

Indique la razón de su Demanda:

Pensión Alimenticia

Pensión Conyugal

Pensión Péndete Lite

**PLAINTIFF/CARETAKER'S INFORMATION** (Información del Demandante/ Tutor Encargado)

**Your Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**Are You Known By Any Other Names?** \_\_\_\_\_

¿Se le conoce a usted por algún otro Nombre?

**Relationship to Children** \_\_\_\_\_

Relación con el niño(s)

**If you are not the mother of the child(ren) provide mother's name** \_\_\_\_\_

Si usted no es la madre del niño(s) suministre el nombre de la madre

**Physical Description** \_\_\_\_\_ **Height** \_\_\_\_\_ **Weight** \_\_\_\_\_ **Eyes** \_\_\_\_\_ **Hair** \_\_\_\_\_ **Race** \_\_\_\_\_

Su Descripción Física

Altura

Peso

Ojos

Pelo

Raza

**Distinguishing Marks** (glasses, tattoos, scars, etc.) \_\_\_\_\_

Señas Particulares

(lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)

**SSN** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **City/State/Country of Birth** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado y País de Nacimiento

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad

Estado

**Zip Code** \_\_\_\_\_ **County** \_\_\_\_\_

Código Postal

Condado

**Do you need your address marked as CONFIDENTIAL?** **Yes/No**

¿Necesita que su dirección sea señalizada como CONFIDENCIAL?

Si/No

**Due to:**

**Family Violence**

Debido a: Violencia Familiar

**Yes/No**

Si/No

**Other (Please Explain)** \_\_\_\_\_

U Otra (Favor de Explicar)

**Do you have a Protection from Abuse Order (PFA) against defendant?** **Yes/No**

¿Tiene Usted una Orden de Protección Contra Abuso (PFA) en contra del Demandado?

Si/No

**If so, list county and state where PFA is filed** \_\_\_\_\_

Si así es, Suministre el Condado y el Estado donde se entablo.

**Email Address** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico

**Telephone** \_\_\_\_\_ **Home** \_\_\_\_\_ **Cell** \_\_\_\_\_

Teléfono

Casa

Celular

**Your Mother's Maiden Name (even if deceased)** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de Su Madre (incluso si falleció)

**Your Father's Name (even if deceased)** \_\_\_\_\_

Nombre de su padre (incluso si falleció)

## EMPLOYMENT/INCOME INFORMATION

Empleo / Ingresos Información

**Employer** \_\_\_\_\_ **Employer Phone Number** \_\_\_\_\_  
Empleador Número de Teléfono del Empleador

**Address** \_\_\_\_\_  
Dirección

**Net Pay \$** \_\_\_\_\_ **per** \_\_\_\_\_  
Ingresos Netos \$ por

**Other Sources of Income for you (part-time work, pensions, rental income, etc.)**  
Otras Fuentes de ingreso suyo (trabajo de media-jornada, pensiones, ingresos de alquiler, etc.)

**Total Other Income Per Month \$** \_\_\_\_\_  
Total de las Otras Fuentes de Ingreso Mensual

**Are you receiving disability benefits?** **Yes/No** **If so, from what source?** \_\_\_\_\_  
¿Está recibiendo prestaciones/beneficios por incapacidad? Si / No Si así es, ¿De qué fuente?

**Your Medical Insurance Carrier Name** \_\_\_\_\_  
El nombre de su Compañía de Seguros de Salud

**Medical Insurance Carrier Address** \_\_\_\_\_  
La dirección de su Compañía de Seguros de Salud

**Phone Number** \_\_\_\_\_ **Policy #** \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono # de Póliza

### ASSETS

Activos

**Do you own Real Estate? If so, what is the address?** \_\_\_\_\_  
¿Es Usted Propietario de Bienes Raíces (Propiedad Inmobiliaria)?  
Si así es, ¿Cual es la Dirección? \_\_\_\_\_

**Do you own vehicles? If so, list make, license number, model and color** \_\_\_\_\_  
¿Es Usted Propietario de Vehículos?  
Si así es, Suministre la marca, número de matrícula, modelo y color \_\_\_\_\_

**Do you have bank accounts? If so, list bank names and account number(s)** \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna cuenta de banco?  
Si así es, Suministre los nombres de los bancos y Número(s) de Cuenta(s) \_\_\_\_\_

### CONTACT PERSON INFORMATION

Información de la persona de contacto

**Name of Contact Person (Friend or Relative)** \_\_\_\_\_  
Nombre de Persona por la que lo podemos Contactar (Amigo o Familiar)

**Relationship to You** \_\_\_\_\_ **Phone Number** \_\_\_\_\_  
Relación con Usted Número de Teléfono

**Address** \_\_\_\_\_  
Dirección

**PAYMENT METHOD FOR SUPPORT PAYMENTS (YOU MUST CHOOSE ONE)**

Método de pago para los pagos de Manutención (tiene que escoger uno)

**Direct Deposit** (Depósito Directo)

**Stored Value Card** (tarjeta de valor almacenado)

**YOUR RELATIONSHIP TO THE DEFENDANT**

Su relación con el Demandado

**Never Married** \_\_\_\_\_ **Married** \_\_\_\_\_ **Separated** \_\_\_\_\_ **Divorced** \_\_\_\_\_  
Nunca Casado Casado Separado Divorciado

**Date of Marriage** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Place of Marriage** (County, State, Country) \_\_\_\_\_  
Fecha de Matrimonio Lugar donde se contrajo el Matrimonio (Condado, Estado, País del Divorcio)

**Date of Separation** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Date of Divorce** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Separación Fecha del Divorcio

**County, State, Country of Divorce** \_\_\_\_\_  
Condado, Estado, País del Divorcio

**Address of Last Marital Residence** \_\_\_\_\_  
Dirección del último Domicilio Marital

**ASSISTANCE**

Asistencia Social

**Are you receiving cash or medical assistance from the PA Department of Human Services?** **Yes/No**  
¿Está recibiendo dinero en efectivo o asistencia médica del PA Departamento de Servicios Humanos Si/No

**If receiving benefits, what is your Welfare Case #?** \_\_\_\_\_  
Si está recibiendo Prestaciones/beneficios, ¿Cuál es su # de Caso de Asistencia Pública?

**Who is the grant-holder?** \_\_\_\_\_  
¿Quién es el titular del subsidio (grant-holder)?

**If not currently receiving, are you applying for benefits?** **Yes/No**  
Si no los está recibiendo actualmente, ¿Está solicitando prestaciones/beneficios? Si/No

**EXISTING SUPPORT ORDER INFORMATION**

Información Existente de Orden de Manutención

**Do you have an existing support order against this defendant in another county, state or country?** **Yes/No**  
¿Tiene una Orden de Manutención existente contra el demandado en questo condado, estado, xxxxxxxx? Si/No

**If yes, in what County and State?** \_\_\_\_\_ **Case Number** \_\_\_\_\_  
Si así es, ¿En qué condado y Estado? Número del Caso

**Amount for Spouse** \$ \_\_\_\_\_ **per month** **Amount for Child(ren)** \$ \_\_\_\_\_ **per month**  
Cantidad para el Cónyuge \$ por mes Cantidad para los Niño(s)\$ por mes

**Amount for Family (Spouse and Child(ren))** \$ \_\_\_\_\_ **per month**  
Cantidad por la Familia (Cónyuge y Niño(s)) \$ por mes

**Date of Last Payment** \_\_\_\_\_ **Amount of Payment** \_\_\_\_\_  
Fecha del Último Pago Cantidad del Pago

# CUSTODY/VISITATION ORDER

Orden de Tutela Jurídica/Patria Potestad

**Do you have a custody or visitation order with the defendant?**

**Yes/No**

¿Tiene una Orden de Tutela Jurídica/Patria Potestad con el Demandado?

Si/No

**If so, list county and state where order(s) were established** \_\_\_\_\_

Si así es, Indique el Condado y el Estado donde se estableció la Orden(es)

## DEFENDANT'S INFORMATION (Información del Demandado)

**Defendant's Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**Is Defendant Known By Any Other Names?** \_\_\_\_\_

¿Se le conoce al Acusado por otro Nombre?

**Physical Description**

**Height** \_\_\_\_\_

**Weight** \_\_\_\_\_

**Eyes** \_\_\_\_\_

**Hair** \_\_\_\_\_

**Race** \_\_\_\_\_

Su Descripción Física

Altura

Peso

Ojos

Pelo

Raza

**Distinguishing Marks** (glasses, tattoos, scars, etc.) \_\_\_\_\_

Señas Particulares

(lentes, tatuajes, cicatrices, etc.)

**SSN** \_\_\_\_\_

**Date of Birth** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**City/State/Country of Birth** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado y País de Nacimiento

**Email Address** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico

**Telephone**

**Home** \_\_\_\_\_

**Cell** \_\_\_\_\_

Teléfono

Casa

Celular

**Defendant's Mother's Maiden Name (even if deceased)** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la Madre del Demandado (incluso si falleció)

**Defendant's Father's Name (even if deceased)** \_\_\_\_\_

Nombre del padre del Demandado (incluso si falleció)

**Defendant's Address** \_\_\_\_\_

Dirección del Acusado

**City** \_\_\_\_\_

Ciudad

**State** \_\_\_\_\_

Estado

**Zip Code** \_\_\_\_\_

Código Postal

**County** \_\_\_\_\_

Condado

## EMPLOYMENT/INCOME INFORMATION

Empleo / Ingresos Información

**Defendant's Employer** \_\_\_\_\_

Empleador del Demandado

**Employer's Address** \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador

**Employer's Phone Number** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Empleador

**Net Pay \$** \_\_\_\_\_

Ingresos Netos \$

**per** \_\_\_\_\_

por

**Other Sources of Income for Defendant (part-time work, pensions, rental income, etc.)**

Otras Fuentes de ingreso del Demandado (trabajo de media-jornada, pensiones, ingresos de alquiler, etc.)

**Total Other Income per Month \$** \_\_\_\_\_

Total de las Otras Fuentes de Ingreso Mensual

**Was Defendant in the Military?** \_\_\_\_\_

¿Estuvo el Demandado en el Ejército?

**Yes/No**

Si/No

**If so, which branch?** \_\_\_\_\_

Si así es, En que Rama del Ejército?

**Is Defendant receiving military benefits?**

¿Esta el Demandado recibiendo prestaciones/beneficios del Ejército?

**Yes/No**

Si/No

**Defendant's Medical Insurance Carrier Name** \_\_\_\_\_

El nombre de la Compañía de Seguros de Salud del Demandado

**Medical Insurance Carrier Address** \_\_\_\_\_

Dirección de Compañía de Seguros de Salud

**Phone Number** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono

**Policy #** \_\_\_\_\_

# de Póliza

**DEFENDANT'S ASSETS**

Activos

**Does Defendant own Real Estate? If so, what is the address?** \_\_\_\_\_

¿Es el Demandado Propietario de Bienes Raíces (Propiedad Inmobiliaria)?

Si así es, ¿Cual es la Dirección? \_\_\_\_\_

**Does defendant own vehicles? If so, list make, model, color and license plate number** \_\_\_\_\_

¿Es el Demandado Propietario de Vehículos?

Si así es, Suministre la marca, número de matrícula modelo y color \_\_\_\_\_

**Does defendant have bank accounts? If so, list bank names and account number(s)** \_\_\_\_\_

¿Tiene el Demandado alguna cuenta de banco?

Si así es, Suministre los nombres de los bancos y Número(s) de Cuenta(s) \_\_\_\_\_

**DEFENDANT'S CONTACT PERSON INFORMATION**

Información de la persona de contacto

**Name of Contact Person (Friend or Relative)** \_\_\_\_\_

Nombre de Persona por la que lo podemos Contactar (Amigo o Familiar)

**Relationship to Defendant** \_\_\_\_\_

Relación con el Demandado

**Phone Number** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono

**Address** \_\_\_\_\_

Dirección

# CHILDREN'S INFORMATION - DEFENDANT'S CHILDREN LIVING IN YOUR HOUSEHOLD

Información de los Niños - Los Niños del Demandado que viven con usted

**1. Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**SSN** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_ **Paternity Established?** \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

**Mother's Maiden Name** \_\_\_\_\_ **Father's Name** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

**Hospital of Birth** \_\_\_\_\_ **City, State, Country of Birth** \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

**2. Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**SSN** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_ **Paternity Established?** \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

**Mother's Maiden Name** \_\_\_\_\_ **Father's Name** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

**Hospital of Birth** \_\_\_\_\_ **City, State, Country of Birth** \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

**3. Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**SSN** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_ **Paternity Established?** \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

**Mother's Maiden Name** \_\_\_\_\_ **Father's Name** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

**Hospital of Birth** \_\_\_\_\_ **City, State, Country of Birth** \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

**4. Name (Last, First, Middle)** \_\_\_\_\_

Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

**SSN** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Sex** \_\_\_\_\_ **Paternity Established?** \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento Edad Sexo ¿Paternidad Establecida?

**Mother's Maiden Name** \_\_\_\_\_ **Father's Name** \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la madre Nombre del padre

**Hospital of Birth** \_\_\_\_\_ **City, State, Country of Birth** \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital del Nacimiento Ciudad, Estado, País de Nacimiento

***I verify that the statements made in this document are true and correct to the best of my knowledge. I understand that false statement herein are made subject to penalties of 18 Pa C.S. §4904 relating to unsworn falsification to authorities.***

Verifico que las declaraciones en este documento son verídicas y correctas a mi leal saber. Entiendo que cualquier declaración falsa está sujeta a pena bajo 18 Pa C.S.4904 en relación con Falsificación no juramenta a las autoridades.

**Plaintiff/Caretaker Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Firma del Demandante/ Tutor Encargado-- (Sign or Type your name / firma o escribe tu nombre) Fecha