

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA TARJETA HOPE
ESTADO DE VIRGINIA



(Condado/Ciudad)

Marque una opción:

- TRIBUNAL DE MENORES Y DE RELACIONES DOMÉSTICAS (JDR)
 TRIBUNAL GENERAL DE DISTRITO (GDC)
 TRIBUNAL DE CIRCUITO (CC)

Las Tarjetas Hope son GRATUITAS y están disponibles para cualquier persona con una orden de protección válida de 12 meses o más, la cual haya sido emitida por un tribunal participante del estado de Virginia, y que sea válida durante 12 meses o más a partir de la fecha de solicitud. Las Tarjetas Hope no se emiten para órdenes de protección temporales. Hay tarjetas adicionales disponibles para cualquier persona cubierta por la orden.

Instrucciones:

Necesitará guiarse por la orden de protección emitida por el tribunal para completar este formulario. Por favor, escriba con letra de molde toda la información de la manera más clara y completa posible cuando complete el formulario. Presente el formulario completo en la oficina del actuario del tribunal donde se emitió la orden de protección.

Las tarjetas Hope se envían por correo en aproximadamente 14 días hábiles. Si no recibe su tarjeta dentro de este período, por favor envíe un correo electrónico al Coordinador del Programa de Tarjetas Hope, Jaime Clemmer, a jclemmer@vacourts.gov para comprobar el estado de su solicitud o póngase en contacto con el representante del programa de Victim/Witness o su asesor jurídico.

COMPLETE LO SIGUIENTE

Información de la orden de protección: Por favor, escriba en letra de molde. Todos los campos con un * son obligatorios.

*Número de caso _____ *Número de tarjetas solicitadas*
*(Máximo de 1 tarjeta por cada persona protegida sin aprobación/explicación adicional)

*Fecha de la firma del juez (MM/DD/AAAA) _____ *Fecha de vencimiento de la orden (MM/DD/AAAA)

*La Orden de Protección indica que hay un arma involucrada: (Seleccione con un círculo) *Sí* o *No*

Información del solicitante: (Persona que solicitó la Orden de Protección)

*Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellidos _____ Sufijo _____

*Raza: (Haga un círculo) Blanco Negro Hispano _____
Indio Asiático Otro Desconocido *Sexo: _____ *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Relación del demandante con el demandado: (Seleccione con un círculo)

Cónyuge/excónyuge Pareja/expareja Hijo en común Familiar/miembro del hogar Otro

* Para elegibilidad, fue la orden de protección emitida debido a violencia doméstica/familiar/sexual o acoso: (Haga un círculo) **SÍ** **NO**

* Dirección de envío

(Esta dirección es adonde se enviará la tarjeta. Es sólo para uso interno y NO se imprimirá en ninguna parte de la tarjeta).

Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Teléfono de contacto: () _____ Correo electrónico: _____

Si necesitáramos contactarlo acerca de su tarjeta Hope, prefiere ser contactado por (haga un círculo)...

- Correo Electrónico Teléfono No me contacten, si tengo alguna pregunta sobre mi tarjeta me pondré en contacto con ustedes

Información del demandado: (Persona a la que se le ordena "mantenerse alejada")

Esta información debe coincidir con la orden de protección impresa.

*Primer nombre _____		Segundo nombre _____		Apellidos _____		Sufijo _____	
*Raza: (Haga un círculo) Blanco Negro Hispano		Indio Asiático Otro Desconocido		*Sexo: _____	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____		
*Altura: _____	*Peso: _____	*Color de ojos: _____	*Color de cabello: _____				
*SSN: _____ - _____ - _____							

*Características distintivas: *Sólo se incluyen SI el juez las incluye en la Orden de Protección.*

Ordenes del tribunal (marque TODAS las opciones que correspondan): *

No abuso familiar
 No contacto con el peticionante
 No contacto con familiares o miembros del hogar
 No cortará los servicios públicos
 No usará medios electrónicos de localización
 No excepciones

Posesión de (indique sólo si se incluye en la orden de protección): _____

Otras condiciones/excepciones: _____

Información adicional sobre las personas protegidas:

Persona 1: _____	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
Persona 2: _____	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
Persona 3: _____	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
Persona 4: _____	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
Persona 5: _____	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellidos</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>

Marque aquí si hay personas adicionales y enumere sus datos en una hoja adicional

Yo mismo estoy rellenoando este formulario como solicitante: SÍ NO

Si seleccionó NO:

Nombre del representante de Victim/Witness o Actuario asistente: _____ Teléfono: _____

Nombre de la agencia: _____ Correo electrónico: _____