

**Confidential
Information (CIF)
Información
confidencial
(CIF)**

**Clerk: Do not file in
a public access file
Secretario: No
archivar en un
archivo de acceso
público**

Superior Court of Washington,
Tribunal superior de Washington,

County: _____

Condado:

Case No.: _____

Caso civil N.º:

Important! Only court staff and some state agencies may see this form. The other party and their lawyer may not see this form unless a court order allows it. State agencies may disclose the information in this form according to their own rules.

¡Importante! Sólo el personal del tribunal y algunas agencias estatales tendrán acceso a este formulario. La otra parte y su abogado no tendrán acceso a este formulario a menos que una orden judicial lo permita. Las agencias estatales podrán divulgar la información de este formulario conforme a sus propias reglas.

- 1.** Who is completing this form? (Name): _____
¿Quién está llenando este formulario? (Nombre):
- 2.** Is there a current restraining or protection order involving the parties or children? [] Yes [] No
¿Existe una orden de restricción o de protección actual entre las partes o los menores? [-] Sí [-] No
If yes, who does the order protect? (Name/s): _____
Si marcó Sí, ¿a quién protege la orden? (Nombre/s):
- 3.** Does your address information need to be confidential to protect your or your children's health, safety, or liberty? (Check one): [] Yes [] No
¿Es necesario mantener la confidencialidad de la información sobre su domicilio para proteger la salud, la seguridad o la libertad de usted o de sus hijos? (Marque uno): [-] Sí [-] No
If yes, explain why? _____
Si respondió Sí, explique por qué

4. Your Information - This person is a (check one): Petitioner Respondent

Su información – Esta persona es una (marque una casilla): Parte demandante Parte demandada
¿se necesita intérprete?

Interpreter needed? Yes No Language, if yes: _____

Sí No Idioma, en caso de respuesta positiva :

Full name (first, middle, last): Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Date of birth (MM/DD/YYYY): Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sex: Sexo:
Driver's license/Identicard (No., state): Licencia de conducir/tarjeta de identificación (N.º estado):	Race: Raza:	Relationship to children in this case: Relación con los menores en este caso:	
Mailing address (This address will not be kept private.) (street address or P.O. box, city, state zip): Dirección postal (Esta dirección no será confidencial.) (calle o apartado postal, ciudad, estado y código postal):			

Home address (check one): <input type="checkbox"/> same as mailing address <input type="checkbox"/> listed below (street, city, state, zip): Domicilio (marque una): <input type="checkbox"/> es igual a la dirección postal <input type="checkbox"/> es la siguiente (calle, ciudad, estado, código postal):		
Phone: Teléfono:	Email: Dirección de correo electrónico:	Social Sec. No: N.º Seguridad Social:
Employer's name: Nombre del empleador:		Employer's phone: Teléfono del empleador:
Employer's address: Dirección del empleador:		

5. Other Party's Information – This person is a (check one): Petitioner Respondent

Información sobre la otra parte – Esta persona es una (marque una casilla): Parte demandante Parte demandada

Interpreter needed? Yes No Language, if yes: _____

¿Necesita intérprete? Sí No Idioma, en caso de sí:

Full name (first, middle, last): Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Date of birth (MM/DD/YYYY): Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sex: Sexo:
Driver's license/Identicard (No., state): Licencia de conducir/tarjeta de identificación (N.º, estado):	Race: Raza:	Relationship to children in this case: Relación con los menores en este caso:	
Mailing address (This address will not be kept private.) (street address or PO box, city, state zip): Dirección postal (Esta dirección no será confidencial.) (calle o apartado postal, ciudad, estado y código postal):			

Home address (check one): <input type="checkbox"/> same as mailing address <input type="checkbox"/> listed below (street, city, state, zip): Domicilio (marque una): <input type="checkbox"/> es igual a la dirección postal <input type="checkbox"/> es la siguiente (calle, ciudad, estado, código postal):
--

Phone: Teléfono:	Email: Dirección de correo electrónico:	Social Sec. No: N.º Seguridad Social:
Employer's name: Nombre del empleador:		Employer's phone: Teléfono del empleador:
Employer's address: Dirección del empleador:		

- **Skip sections 6–9 if your case does not involve children. Sign at the end.**
- **Saltee las secciones 6–9 si su caso no incluye menores. Firma al final del documento.**

6. Children's Information

Información sobre los otros menores

Child's full name (first, middle, last) Nombre completo del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Date of birth (MM/DD/YYYY) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Race Raza	Sex Sexo	Soc. Sec. No. N.º Seg. Social	Current location: lives with Ubicación actual: vive con
1.					<input type="checkbox"/> You Usted <input type="checkbox"/> other party: _____ otra parte:
2.					<input type="checkbox"/> You Usted <input type="checkbox"/> other party: _____ otra parte:
3.					<input type="checkbox"/> You Usted <input type="checkbox"/> other party: _____ otra parte:
4.					<input type="checkbox"/> You Usted <input type="checkbox"/> other party: _____ otra parte:

