

**Person Filing:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de persona:)*  
**Address (if not protected):** \_\_\_\_\_  
*(Mi domicilio) (si no protegida:)*  
**City, State, Zip Code:** \_\_\_\_\_  
*(ciudad, estado, código postal:)*  
**Telephone: / (Número de Tel. :)** \_\_\_\_\_  
**Email Address:** \_\_\_\_\_  
*(Dirección de correo electrónico:)*  
**ATLAS Number:** \_\_\_\_\_  
*(No. de ATLAS)(si aplica:)*  
**Lawyer's Bar Number: / (Número de colegio abogado:)** \_\_\_\_\_

FOR CLERK'S USE ONLY  
*(Para uso de la Secretaria solamente)*

**Representing**  **Self, without a Lawyer** or  **Attorney for**  **Petitioner** OR  **Respondent**  
*(Representando Sí mismo, sin un abogado o Abogado para Peticionante O Demandado)*

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA  
 IN MARICOPA COUNTY**  
*(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
 EN EL CONDADO DE MARICOPA)*

_____ <b>Petitioner / (Peticionante)</b>	<b>Case No.</b> _____ <i>(Numero de caso)</i>
_____ <b>Respondent / (Demandado)</b>	<b>ATLAS No.</b> _____ <i>(Numero ATLAS – si corresponde)</i>

**FAMILY COURT / SENSITIVE DATA  
 COVERSHEET WITHOUT CHILDREN**  
*(Tribunal de Familia/ Hoja de información  
 confidencial sin hijos)*  
**(Confidential Record)**  
*(Registro Confidencial)*

**Fill out. File with Clerk of Court. Social Security Numbers should appear on this form only and should be omitted from other forms. Access Confidential pursuant to ARFLP 43 (G)(1).**  
*(Completar y presentar al Secretario del Tribunal. Los números de Seguro Social debe aparecer en este formulario solo y debe ser omitido de otros formularios. Acceso confidencial de conformidad con ARFLP 43 (G) (1).*

<b>A.</b>		
<b>Personal Information:</b>	<b>Petitioner</b>	<b>Respondent</b>
<i>(Información persona:)</i>	<i>(Peticionante)</i>	<i>(Demandado)</i>
_____	_____	_____
<b>Name / (Nombre)</b>		
_____		
<b>Gender / (Sexo)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>(Masculino      Femenino)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Male</b> <input type="checkbox"/> <b>Female</b> <i>(Masculino      Femenino)</i>
_____	_____	_____
<b>Date of Birth / (fecha de nacimiento)</b>		
<b>(Month/Day/Year) / (Mes, Dia, Año)</b>		
_____		
<b>Social Security Number</b>		
<i>(Numero de seguro social)</i>		
_____		

**WARNING!! DO NOT INCLUDE MAILING ADDRESS ON THIS FORM IF REQUESTING ADDRESS PROTECTION!**  
*(AVISO!! NO INCLUYA DIRECCIÓN POSTAL en este formulario si solicitan protección DIRECCIÓN!)*

Case No. \_\_\_\_\_  
(Numero de caso)

**Mailing Address**

(Dirección postal)

**City, State, Zip Code**

(Ciudad, Estado, Código postal)

**Contact Phone**

(tel. de contacto)

**Email Address**

(Dirección electrónico)

**Current Employer Name**

(Nombre del patrono actual)

**Employer Address**

(Dirección de la oficina de nómina)

**Employer City, State, Zip Code**

(Ciudad Estado Código postal del patrono)

**Employer Telephone Number**

(Telefono del patrono)

**Employer Fax Number**

(Numero de fax del patrono)

**B. Type of Case being filed - Check only one category.**

(Tipo de caso – Marque sólo una categoría.)

**Dissolution (Divorce)**

(Disolución - Divorcio)

**Legal Separation**

(Separación Legal)

**Annulment**

(Anulación)

**Order of Protection**

(Orden de Protección)

**Other**

(Otro)

**Interpreter Needed:**

(¿Necesita un intérprete?)

**Yes / (Si)**    **No / (No)**

**If yes, what language(s)?**

(Si es así, ¿qué idioma?)

**DO NOT COPY THIS DOCUMENT. DO NOT SERVE THIS DOCUMENT TO THE OTHER PARTY.**

**(NO COPIA ESTE DOCUMENTO. NO SIRVEN A ESTE DOCUMENTO A LA OTRA PARTE.)**