Nebraska State Court Form Formulario del Tribunal del Estado de Nebraska	**GUARDIAN AD LITEM CHECKLIST** **LISTA DEL TUTOR AD LITEM**	JC 14:5 Rev. 01/16

***** Nota del traductor: Para evitar confusiones, de ahora en adelante se usará el término "menor" para referirse a cualquier menor de edad, sin importar su género. Igualmente, en general, se usará el término en singular, aunque en algunos casos, este documento puede referirse a más de un menor.***

IN THE COUNTY COURT OF_____ COUNTY, NEBRASKA
EN EL TRIBUNAL DE CONDADO DEL CONDADO DE ( ), EN NEBRASKA

IN THE INTEREST OF EN BENFICIO DE

CASE NUMBER:_____
NÚMERO DE CAUSA

_____
A Juvenile/ Menor de edad

GUARDIAN AD LITEM CHECKLIST
,
LISTA DEL TUTOR AD LITEM

_____ was appointed as Guardian ad Litem by this Court on _____, 20 _____ , for the minor child(ren) involved in this matter.
El (_____ , del_____), este Tribunal nombró a (_____) comoTutor ad Litem en beneficio del menor de edad, envuelto en este caso.

Date of Report:_____
Fecha del informe:

Date of Hearing: _____
Fecha de la audiencia:

Type of Hearing: _____
Tipo de audiencia:

1. IDENTIFYING INFORMATION/ INFORMACIÓN PERSONAL

Mother: _____
Madre:

Father: _____
Padre:

Father: _____
Padre:

Legal Custodian _____
Tutor legal:

Child(ren)/ Menor(es):

Child's Name *Nombre del menor*	DOB *Fecha de nacimiento*	Age (at time of report) *Edad (a la fecha del informe)*	Placement *Ubicación*

2. CONTACT WITH CHILD(REN) SINCE LAST HEARING

CONTACTO CON EL MENOR DESDE LA ÚLTIMA AUDIENCIA

Since the date of the last hearing, if any, I have had the following contact with the child(ren):

Si ha tenido contacto con el menor después de la fecha de la última audiencia, explique qué tipo de contacto ha sido:

Date of Contact *Fecha del contacto*	Child Contacted *Menor sujeto del contacto*	Type of Contact & by Whom (In-person, Phone, other) *¿Qué tipo de contacto hubo, y quién lo inició? (En persona, por teléfono, otro)*

If no contact has been made, please explain why: _____

Si no hubo contacto alguno, por favor explique la razón:

3. PERSONS AND OTHER RESOURCES CONTACTED SINCE LAST HEARING:

CONTACTO CON PERSONAS Y OTROS RECURSOS DESDE LA ÚLTIMA AUDIENCIA:

Since the date of the last hearing, if any, I have contacted the following person and/or other resources, including caseworkers, physicians, psychologist, parents, foster parents and teachers, in an effort to learn information about the child(ren)'s and family's circumstances and progress:

Desde la fecha de la última audiencia, de haberse llevado a cabo alguna, contacté a las siguientes personas y/o agencias, incluyendo a trabajadores del caso, médicos, psicólogos, padres, padres de crianza y maestros, con el objeto de obtener información, tanto sobre las circunstancias, como del progreso del menor y de la familia.

Date of Contact *Fecha del contaco*	Person or Resource Contacted *Persona o agencia que se contactó*	Title or Agency Name Título de la persona, o nombre de la agencia

4. Documents reviewed since last hearing
Documentos revisados desde la última audiencia:

Date of Document *Fecha del documento*	Document Type/Title *Tipo/Título del documento*

5. SUMMARY OF INFORMATION AND CONTACTS/ RESUMEN DE LA INFORMACIÓN Y CONTACTOS:

Based upon my contact with the child(ren), contact with others, and review of documents since the date of the last hearing, if any, following is a summary of the relevant information and concern(s) about the child(ren) or family situation:

A continuación, presento el resumen de la información pertinente y hago mención de cualquier asunto que considero preocupante respecto al menor o a la situación familiar. Hago esto, basado en mi contacto con el menor, con otras personas, y en la revisión de documentos, posteriormente a la fecha de la última audiencia, de haberse llevado a cabo alguna:

_____

_____

6. Recommendations/ Recomendaciones:

As Guardian ad Litem, I find that reasonable efforts have been made by the Nebraska Department of Health and Human Services for the child(ren) to return to the parental home: ☐ YES ☐ NO If not, why?

Como Tutor ad Litem, considero que el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de Nebraska ha llevado a cabo esfuerzos razonables para que el menor regrese al hogar de sus padres: ☐ Sí ☐ NO
Si la respuesta es no, explique el motivo.

_____

_____

_____

As Guardian ad Litem, I find that the child(ren) would be at risk of harm if the child(ren) returned to or remained in the parental home at this time, and recommend removal or continued removal by the Court from the parental home: ☐ YES ☐ NO

Como Tutor ad Litem, considero que si el menor regresara o permaneciera en el hogar de los padres en este momento, correría el riesgo de sufrir algún daño y recomiendo que el Juez ordene que el menor sea retirado del hogar de los padres, o que mantenga en vigor la orden de remoción actual.
☐ SÍ ☐ NO

As Custodian Ad Litem, Como Tutor Ad Litem,

☐ I am in agreement with the recommendations made by the Nebraska Department of Health and Human Services
Estoy de acuerdo con las recomendaciones del Departamento de Salubridad y Servicios Humanos del Estado de Nebraska.

☐ I disagree with the following recommendations made by the Nebraska Department of Health and Human Services:
Estoy en desacuerdo con las siguientes recomendaciones del Departamento de Salubridad y Servicios Humanos de Nebraska:

_____

_____

As Guardian ad Litem, I recommend to the Court the following additional requirements be court ordered:

Como Tutor ad Litem, recomiendo ante el Tribunal que se ordenen los siguientes requisitos adicionales:

_____

_____

7. ADDITIONAL COMMENTS: COMENTARIOS ADICIONALES:

_____

_____

_____

Dated: _____, 20 _____

Fechado el:_____de_____ del 20_____
día mes año

Signed:_____By _____
Firmado: Por Printed name
Nombre en letra de molde

_____ _____
Bar Number and Firm Name (attorneys only)
Cédula Profesional y nombre de Bufete
(abogados solamente)

Street Address/P.O. Box
Calle y número de domicilio / Apartado Postal

_____ _____
Phone
Número Telefónico

City/State/ZIP Code
Ciudad/Estado/Código Postal

_____
E-mail Address
Correo electronico

Interpreter: _____
Nombre del Intérprete:

Certified by:
Certificado por:

☐ State of_____ ☐ U.S. A.O.C.

Date / Fecha: _____ del 20_____