


PARTE SIN ABOGADO O ABOGADO ( <i>nombre, número del Colegio de Abogados y domicilio</i> )  TELÉFONO: _____ FAX ( <i>opcional</i> ): _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO ( <i>opcional</i> ): _____ ABOGADO DE ( <i>nombre</i> ): _____	SOLO PARA USO DE LA CORTE  <h2 style="text-align: center;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
<b>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE ALAMEDA</b>  DIRECCIÓN (calle y número): _____ DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: _____ NOMBRE DE SUCURSAL _____	
DEMANDANTE: _____ DEMANDADO: _____ OTRO: _____	
<b>ACUERDO DE VISITAS SUPERVISADAS DE LOS MENORES</b>	NUMERO DE CASO: _____  <h2 style="text-align: center;">No entregue a la corte</h2>


1. Yo (*nombre del supervisor de visitas*): \_\_\_\_\_ acepto actuar como supervisor de las visitas entre (*nombre del padre/madre o tutor*): \_\_\_\_\_ y (*nombre del/de los menor[es]*): \_\_\_\_\_.

bajo la orden de la corte con fecha del \_\_\_\_\_, de la cual se me proporcionó una copia.

2. Entiendo que mi responsabilidad principal es observar estas visitas en personas y actuar inmediatamente si el/los menor(es) necesitan protección, seguridad o un descanso de cualquier tipo durante la visita. Acepto cumplir mis deberes como supervisor de visitas de manera imparcial y sin ningún prejuicio ni favoritismo hacia o en contra de la persona supervisada.
3. Acepto que informaré a la corte o, si la corte lo ordena, a Servicios de la Corte de Familia, si la persona supervisada no cumple alguna de las reglas descritas en las *Pautas para las visitas supervisadas de menores* (formulario ALA FL-015-INFO) y, si lo ordena la corte, sobre todas las observaciones que haga durante las visitas.
4. Me comprometo a no dejar, bajo ninguna circunstancia, al menor o menores con la persona supervisada sin estar presente.
5. Recibí una copia de las *Pautas para las visitas supervisadas de menores* de la corte, las entiendo y acepto seguirlas. Específicamente, leí y entiendo mi obligación de informar cualquier maltrato de menores o cualquier sospecha razonable de maltrato de menores a los Servicios de Protección al Menor.
6. Entiendo que, si no cumplo este acuerdo, esta corte podría considerarme en desacato, podría poner la seguridad del menor en riesgo, y podría dificultar o hacer imposible que la persona supervisada continúe con las visitas.

Recibí copias de este *Acuerdo de supervisión de visitas a menores* y las *Pautas para las visitas supervisadas de menores*. Entiendo y acepto cumplir cada una de las disposiciones de los dos formularios. Entiendo que no se realizará ninguna supervisión hasta que el supervisor de visitas haya firmado el *Acuerdo de supervisión de visitas a menores*.

Fecha:  \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR SUPERVISADO

Fecha:  \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SUPERVISOR DE VISITAS

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL SUPERVISOR DE VISITAS