

# 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, [hopecard@vacourts.gov](mailto:hopecard@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

\*Apellido del juez firmante

\*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

