

# INSTRUCCIONES PARA EL ALGUACIL DEL CONDADO DE SANTA BARBARA

El alguacil debe tener instrucciones originales firmadas por el abogado registrado o el demandante si no tiene abogado (CCP 262).

Norte Del Condado – 312 E. Cook St., PO Box 5049, Santa Maria, CA 93456

Ofc: (805) 346-7430 Fax: (805) 346-7437

Sur Del Condado – 1105 Santa Barbara St., PO Box 690 Santa Barbara, CA 93102

Ofc: (805) 568-2900 Fax: (805) 568-2909

\_\_\_\_\_ vs. \_\_\_\_\_  
Demandante Acusado

Numero De Caso: \_\_\_\_\_ Fecha De Audiencia: \_\_\_\_\_ # De Departamento: \_\_\_\_\_

Al alguacil, se le indica que entregue los siguientes documentos:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plaintiffs Claim & Order | <input type="checkbox"/> Subpoena                   | <input type="checkbox"/> Summons & Complaint / Unlawful Detainer    |
| <input type="checkbox"/> Claim To Defendant       | <input type="checkbox"/> Civil Bench Warrant Notice | <input type="checkbox"/> Temporary Restraining Order                |
| <input type="checkbox"/> Summons & Petition       | <input type="checkbox"/> Misc. Service              | (es obligatorio añadir documento "Info. Para Seguridad Al Oficial") |
| <input type="checkbox"/> Request For Order        | <input type="checkbox"/> Landlord / Tenant Notice   |   |

## A. PERSONA(S) Para Entrega: (debe proveer nombre y apellido completo, el nombre debe coincidir con los documentos judiciales)

Nombre O Nombre Del Negocio: \_\_\_\_\_

Agente Autorizado Para Entrega De Servicio Para Negocio: \_\_\_\_\_

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Pelo: \_\_\_\_\_ Ojos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

El Mejor Horario Para Entrega: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Código De Portón: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_ Horario De Trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Descripción De Vehículo: Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ # De Placa: \_\_\_\_\_

Seguridad Al Oficial:  Violento(a)  Historial Criminal  Armas  Drogas  Alcohol  Perros

Explicación: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN DE DEVOLUCIÓN: (todos los avisos y pruebas de entrega, se enviarán al nombre y domicilio que se indica debajo.)

Nombre Del Solicitante: \_\_\_\_\_

Domicilio Para Devolución: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# De Teléfono: \_\_\_\_\_ # De Teléfono De Negocio: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (abogado registrado o demandante si no hay abogado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*El alguacil no garantiza el servicio y tiene derecho a su tarifa por el servicio, ya sea que el servicio sea exitoso o no (GC26738). Todas las tarifas DEBEN pagarse por adelantado a menos que el tribunal haya ordenado la extensión de cuotas. Los cheques deben ser pagaderos a S.B.CO. Sheriff Dept. Si se requiere un código de acceso para servir los documentos solicitados y no se proporciona o si la dirección de la propiedad no es claramente visible en el edificio o en la acera, nuestros agentes no podrán completar el servicio y se devolverá sin éxito.*



# INFORMACIÓN PARA SEGURIDAD AL OFICIAL

(MUST be completely filled out)

# De Caso: \_\_\_\_\_ Su Relación Con El Demandado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ vs. \_\_\_\_\_

Demandante

Acusado

¿Qué Tipo De Orden De Restricción Tiene?

Domestic Violence

Elder Abuse

School Violence

Civil Harassment

Workplace Violence

Gun Violence

Orden De Desalojo  Si  No

Orden De Entrega De Niños  Si  No

Foto Añadida  Yes  No

*Si se requiere un código de acceso para servir los documentos solicitados y no se proporciona o si la dirección de la propiedad no es claramente visible en el edificio o en la acera, nuestros agentes no podrán completar el servicio y se devolverá sin éxito.*

**Información de seguridad del oficial: Todas las preguntas DEBEN responderse en lo que respecta a la persona a la que se atiende**

Drogas O Alcohol	<input type="checkbox"/> Drogas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Desconocido	
Salud Mental	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
Contacto Previo Con La Policía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
Miembro De Pandilla / Libertad Condicional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Miembro De Pandilla <input type="checkbox"/> Libertad Condicional
Se Sabe Que Portan Armas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Pistolas <input type="checkbox"/> Cuchillos <input type="checkbox"/> Otro _____
Armas En Las Instalaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Pistolas <input type="checkbox"/> Cuchillos <input type="checkbox"/> Otro _____
Amenazas Hacia La Aplicación De La Ley	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Especificar: _____
Violento(A)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Fisicamente <input type="checkbox"/> Verbalmente
Militar/Seguridad/ Aplicación De La Ley	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Aplicación De La Ley
Perros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Especificar: _____
Cámaras De Seguridad O Alarmas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Camaras <input type="checkbox"/> Alarmas
¿Qué Idioma Habla El Acusado?	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido Especificar: _____	
¿El Acusado Está En Santa Barbara County Jail?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Id/ # De Reserva _____
¿Es Este Un Cambio De Niño(a)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre De Contacto De La Persona Que Recoge Al Niño(A) Adulto: _____ # Telefónico: _____
¿Quién Tiene La Custodia Física Del Niño / Niños Ahora?	<input type="checkbox"/> Tú <input type="checkbox"/> Persona A La Que Se Servirá	

Información Adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_