PARTE SIN ABOGADO *o* ABOGADO: NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS ESTATAL: NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN (*calle y número*): CIUDAD: ESTADO: CÓD. POSTAL: TELÉFONO: NO. DE FAX: EMAIL: ABOGADO DE (*nombre*):	***SOLO PARA USO DE LA CORTE*** **CONFIDENCIAL**
CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE DIRECCIÓN (calle y número): DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE LA SUCURSAL:	***Solo para información***
DEMANDANTE: DEMANDADO: OTRO PADRE O PARTE:	
RESPUESTA A SOLICITUD CONFIDENCIAL DE DETERMINACIONES ESPECIALES PARA MENOR INMIGRANTE	NÚMERO DE CASO:
FECHA DE AUDIENCIA: HORA: DEPARTAMENTO O SALA:	***No entregue a la corte***

1. DETERMINACIONES ESPECIALES SOBRE UN MENOR INMIGRANTE
   a. ☐ Acepto las determinaciones solicitadas.
   b. ☐ No acepto las determinaciones solicitadas.
   c. ☐ Aceptaría las siguientes determinaciones:

2. ☐ INFORMACIÓN DE RESPALDO
   ☐ Vea la declaración adjunta. (Para este fin, puede usar *Declaración adjunta* (MC-031)).

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que lo anterior y todos los adjuntos son verdaderos y correctos.

Fecha:

No entregue a la corte
(NOMBRE A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)

Solo para información
(FIRMA)

Form Adopted for Mandatory Use
Judicial Council of California
FL-358 S [New July 1, 2016]