

**Time Together ORDEN DE LA CORTE PARA VISITAS SUPERVISADAS/INTERCAMBIOS**

\_\_\_\_\_ vs. \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_  
Demandante Demandado

Razón por la referencia (marque todos los que aplican):

- Alegaciones o Historia de Violencia Domestica
- Alegaciones o Historia de Abuso del Niño
  - Emocional Físico Sexual Descuido
- Alegaciones o Historia de Abuso de Sustancias
- Falta de Acceso/Alienación del Niño(s)
- Enfermedad mental diagnosticada: Si se sabe, especifique \_\_\_\_\_

- Los Niños presenciaron el Abuso
- Alegaciones o Historia de Habilidad de Paternidad Pobre
- Riesgo de Secuestro (Amenaza o Intento de Secuestro)
- Falta de Contacto/Re-introducción
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**I. VISITAS SUPERVISADAS:**

El demandado/demandante nombrado arriba, \_\_\_\_\_, puede visitar al/los niño(s) menores, \_\_\_\_\_, solamente bajo la supervisión de Triangle Family Services *Time Together* Supervised Visitation/Exchange Program y **TIENE** que:

1. **(Aplica a ambos padres)** Contactar *Time Together* (919-836-8740, 700 Blue Ridge Rd. Ste. 101, Raleigh, NC 27606) dentro de diez días de haber sido ordenado para hacer una cita de admisión. Participar en la Orientación y sesiones educativas como es requerido por el programa y pagar el costo por la Orientación con el Demandante pagando \_\_\_\_\_ % y el Demandado pagando \_\_\_\_\_ % del costo.
2. **(Aplica a ambos padres)** Estar de acuerdo y cumplir con todas las reglas y pólizas de *Time Together*.
3. **(Aplica a ambos padres)** Estar de acuerdo con proporcionar información del archivo a los Tribunales del Distrito del Condado de Wake.
4. **(Aplica al demandado)** Asumir todo el costo de las visitas como es determinado por la escala gradual de *Time Together* & hacer los pagos establecidos **Q** La Corte ha determinado que el demandado y el demandante deberán compartir los costos en lo siguiente:  
Demandado \_\_\_\_\_ % y Demandante \_\_\_\_\_ % (Los costos serán determinados por la *escala gradual* de *Time Together*.)
5. **Después de un periodo de tiempo, si este modelo de visitación no está cumpliendo con las necesidades de su familia, un trabajador calificado asistirá en determinar el servicio apropiado (visitas terapéuticas) basado en las necesidades de la familia y el mandato de la corte.**

Las visitas no deben exceder la frecuencia indicada abajo pero pueden ser menos a la discreción del personal de *Time Together* o debido a la escasez de disponibilidad de servicios de visitas supervisadas.

<u>Día:</u>	<u>Frecuencia:</u>	
Miercoles	Una vez por semana, dos horas por visita	Cada otra semana, dos horas por visita
Viernes	Dos veces por semana, dos horas por visita	Una vez por mes, dos horas por visita
Sabado	Tres veces por semana, dos horas por visita	Otro: _____
Domingo		

**II. VISITAS SUPERVISADAS TERAPÉUTICAS:**

El demandado/demandante nombrado arriba, \_\_\_\_\_, puede visitar al/los niño(s) menores, \_\_\_\_\_, solamente después de una evaluación por el personal de visitas terapéuticas de *Time Together* para determinar los medios de visitas supervisadas y **TIENE** que:

1. **(Aplica a ambos padres)** Contactar *Time Together* (919-836-8740, 700 Blue Ridge Rd. Ste.101, Raleigh, NC 27606) dentro de diez días de haber sido ordenado para hacer una cita de admisión. Participar en la admisión y orientación como es requerido por el programa.
2. **(Aplica a ambos padres)** Estar de acuerdo y cumplir con las visitas determinadas por el personal de visitas terapéuticas de *Time Together*.
3. **(Aplica a ambos padres)** Estar de acuerdo con proporcionar información del archivo a los Tribunales del Distrito del Condado de Wake.
4. **(Aplica al demandado)** Asumir todo el costo de visitas como es determinado por la escala gradual de *Time Together* & hacer los pagos establecidos **Q** La Corte ha determinado que el demandado y el demandante deberán compartir los costos:  
Demandado \_\_\_\_\_ % y Demandante \_\_\_\_\_ % (Los costos serán determinados por la *escala gradual* de *Time Together*.)
5. **Después de un periodo de tiempo, si este modelo de visitación no está cumpliendo con las necesidades de su familia, un trabajador calificado asistirá en determinar el servicio apropiado (visitas supervisadas) basado en las necesidades de la familia y el mandato de la corte.**

Las visitas no deben exceder la frecuencia indicada abajo pero pueden ser menos de acuerdo con la recomendación del terapeuta de visitas terapéuticas o debido a la escasez de disponibilidad de servicios de visitas terapéuticas: Miercoles 1 hora 1.5 horas

**II. INTERCAMBIOS SUPERVISADOS:**

El demandado/demandante nombrado arriba, \_\_\_\_\_, puede recoger y regresar al/los niño(s) menores, \_\_\_\_\_ para visitas no supervisadas solamente a través de Triangle Family Services *Time Together* Supervised Visitation /Exchange Program y **TIENE** que:

1. Cumplir con #1 a #3 declarado bajo "Visitas Supervisadas" en la sección arriba y
2. **(Aplica a ambos padres)** Recoger y regresar al/los niño(s) puntualmente a la hora designada por *Time Together*. Los intercambios no deben exceder la frecuencia indicada abajo pero pueden ser menos a la discreción del personal de *Time Together* o debido a la escasez de disponibilidad de servicios de intercambio.
3. **(Aplica al demandado)** Asumir todo el costo de visitaciones como es determinado por la escala gradual de *Time Together* & hacer los pagos establecidos **Q** La Corte ha determinado que el demandado y el demandante deberán compartir los costos: Demandado \_\_\_\_\_ % y Demandante \_\_\_\_\_ % (Los costos serán determinados por la *escala gradual* de *Time Together*.)

<u>Día:</u>	<u>Visitas por el día:</u>
Miercoles	Una vez por semana, máximo 7 horas por visita
Viernes	Una vez cada otra semana, máximo 7 horas por visita
Sabado	Dos veces por semana, máximo 7 horas por visita
Domingo	Como ha sido declarado en la orden doméstica (adjuntado)
	Otro (describa frecuencia): _____

Visitas por la noche (overnight):  
 Viernes a Domingo cada semana  
 Viernes a Domingo cada otra semana  
 Viernes a Domingo una vez al mes  
 Como ha sido declarado en la orden doméstica que existe (adjuntado)  
 Otro (describa frecuencia): \_\_\_\_\_

**LA ESTIPULACIÓN DE VISITAS SUPERVISADAS/INTERCAMBIOS TERMINARÁ:** \_\_\_\_\_  
 (especifique tiempo o fecha)

**O DE ACUERDO CON LA ORDEN DE CUSTODIA DE ESTA CORTE. SIN EMBARGO, FAMILIAS PUEDEN ELEGIR POR CONTINUAR DE USAR LOS SERVICIOS DE VISITACION/INTERCAMBIO VOLUNTARIAMENTE.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Juez: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 (Ambos padres deben de proveer esta orden a *Time Together* para hacer su cita de admisión)