



# Instrucciones al sheriff del condado de YOLO

El departamento del sheriff DEBE haber escrito y las instrucciones firmadas por el demandante que representa a lo/a su uno mismo o al abogado del expediente de acuerdo con CCP 262.

## Proceso civil general

\_\_\_\_\_ contra \_\_\_\_\_  
Demandante/acreedor Demandado/deudor Proceso legal #

### Tipo de servicio solicitado:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claim of Plaintiff (Small Claims)                                | <input type="checkbox"/> Order to Show Cause (Family Law)  |
| <input type="checkbox"/> Defendants Claim   | <input type="checkbox"/> Civil Subpoena  |
| <input type="checkbox"/> Order of Examination   | <input type="checkbox"/> TRO (Domestic) <input type="checkbox"/> Move Out Order                                    |
| <input type="checkbox"/> Summons/Petition   | <input type="checkbox"/> TRO (Harassment) <input type="checkbox"/> Move Out Order                                  |
| <input type="checkbox"/> Summons/Complaint  | <input type="checkbox"/> Order After Hearing <input type="checkbox"/> Domestic <input type="checkbox"/> Harassment |
| <input type="checkbox"/> Summons/Complaint UD <input type="checkbox"/> w/Pre-Judmnt Claim | <input type="checkbox"/> Other: _____  |

## Persona que se servirá

Nombre: \_\_\_\_\_  
El nombre del ~ del individuo, del negocio o de la agencia (si el servicio está en un negocio incluye por favor un agente para el servicio) debe emparejar documentos de la corte

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad

Empleador (si está sabido): \_\_\_\_\_ Días/horas de la semana: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad

Descripción (si está sabido) \_\_\_\_\_  
Sexo DOB/Age Ht. Pesos. Pelo Ojos Raza

Descripción del vehículo (si está sabido): \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_

Comentarios y precauciones para el diputado (armas, perros, etc.): \_\_\_\_\_

Es la persona que se servirá en la libertad condicional/el Parole (si satisfaga sí incluyen cargas)  NO  SÍ \_\_\_\_\_

## Abogado del demandante o del demandante

\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del demandante o del demandante/del abogado

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Cierre relámpago \_\_\_\_\_  
Trate el ~ a donde la prueba del servicio será enviada

\*\*\*\* el departamento del sheriff NO \*\*\*\* del servicio de la garantía

El departamento del sheriff se da derecho a sus honorarios, si el servicio está terminado o no (código 26738 de t del gobierno del CA el')

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma (esto se puede firmar solamente por el demandante o el abogado del demandante)