

**RESTRAINING ORDER / CIVIL  
PROTECTION ORDER SERVICE  
RESPONDENT PROFILE**

SMC-2 Rev. 10-15  
C.G.S. § 46b-16a

STATE OF CONNECTICUT  
STATE MARSHAL COMMISSION



**—DO NOT PUT IN COURT FILE—  
—FOR STATE MARSHAL USE—**

**Respondent**

Name of Respondent	Relationship	Work telephone number	Home telephone number	Cell telephone number
--------------------	--------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Street address

Apartment number and/or floor/other description	City, State and Zip code
---	--------------------------

Days Respondent is likely to be home (Circle) S M T W Th F S	Hours likely to be there _____ A.M. to _____ A.M. P.M. P.M.
---	--

**Respondent's Employer**

Name of Respondent's employer	Employer's street address
-------------------------------	---------------------------

Days Respondent is likely to be at work (Circle) S M T W Th F S	Hours likely to be there _____ A.M. to _____ A.M. P.M. P.M.
--	--

**Description of Respondent (Provide picture if possible)**

Hair color	Height	Weight	Race	Date of birth or age
------------	--------	--------	------	----------------------

Hair length <input type="checkbox"/> Short <input type="checkbox"/> Long	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Facial hair (If applicable) <input type="checkbox"/> Beard <input type="checkbox"/> Mustache	Glasses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--	---	---

Identifying scars, marks, tattoos, etc. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, describe:
---	-------------------

Other places to find the Respondent: (such as gyms, bars, with family or friends.) Give specific address if available.

Vehicle type  
 Car  SUV  Van/Truck  Motorcycle  Other \_\_\_\_\_

State	Make	Model	Color	License plate number
-------	------	-------	-------	----------------------

Safety concerns: (Are there any special safety concerns a State Marshal should know about when making service?)  Yes  No

If yes, describe:

Weapons: (Does the Respondent carry, or own, or have in his or her residence any weapons?)  Yes  No

If yes, describe, including firearms:

If the weapons include firearms, does the Respondent possess ammunition?  Yes  No

Has the applicant been threatened by a weapon, if so describe:

**—INFORMATION BELOW IS NOT TO BE DISCLOSED TO THE RESPONDENT OR THE PUBLIC—**

Name of applicant	Work telephone number	Home telephone number	Cell telephone number
-------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Home address	City, State and Zip code
--------------	--------------------------

Other contact information

**EMPLAZAMIENTO (ENTREGA OFICIAL) DE LA ORDEN DE  
RESTRICCIÓN U ORDEN DE PROTECCIÓN EN LO CIVIL:**

**PERFIL DEL DEMANDADO**

SMC-2 Rev. 10-15  
C.G.S. § 46b-16a

ESTADO DE CONNECTICUT  
COMISIÓN DE ALGUACILES ESTATALES



**—NO INCLUYA ESTE FORMULARIO EN EL EXPEDIENTE JUDICIAL—**

**—PARA USO DEL ALGUACIL ESTATAL—**

**Demandado**

Nombre del demandado	Parentesco/Relación:	Número de teléfono del patrono	Número de teléfono del domicilio	Número de teléfono del celular
Dirección				
Número del apartamento y/o piso/otra descripción			Ciudad, estado y código postal	
Días en los que el demandado posiblemente se encuentre en el domicilio (encierre en un círculo) D L Mar Mié J V S		Posible horario de trabajo	A.M. hasta A.M. P.M.	

**Patrono del demandado**

Nombre del patrono del demandado	Dirección del patrono			
Días en los que el demandado posiblemente esté trabajando (encierre en un círculo) D L Mar Mié J V S		Posible horario de trabajo	A.M. hasta A.M. P.M.	

**Descripción del demandado (proporcionar una foto de ser posible)**

Color de cabello	Estatura	Peso	Raza	Fecha de nacimiento o edad
Largo del cabello <input type="checkbox"/> corto <input type="checkbox"/> largo	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Vello facial (si corresponde) <input type="checkbox"/> barba <input type="checkbox"/> bigote		anteojos/gafas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cicatrices o marcas distintivas, tatuajes, etc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De ser así, describir			
Otros lugares que frecuenta el demandado (por ejemplo: gimnasios, cantinas, con familiares o amigos). Dé direcciones específicas si están disponibles.				

Tipo de vehículo  auto  S.U.V.  furgoneta / camioneta  motocicleta  otro

Estado	Marca	Modelo	Color	Número de matrícula
--------	-------	--------	-------	---------------------

Medidas de seguridad (¿Existe algún riesgo contra la seguridad del cual el alguacil estatal deba estar al tanto antes de realizar la entrega de los documentos?)  Sí  No

De ser así, describir

Armas (¿Porta el demandado algún tipo de armas, es dueño de alguna o tiene alguna en su domicilio?)  Sí  No

De ser así, favor de describirlas; entre estas, las armas de fuego:

Si entre dichas armas se incluyen armas de fuego, ¿tiene el demandado municiones en su poder?  Sí  No

¿Alguna vez fue amenazada la parte demandante con un arma? De ser así, favor de explicar:

**— LASIGUIENTE INFORMACIÓN NO LE SERÁ DIVULGADA A LA PARTE DEMANDADA O AL PÚBLICO —**

Nombre de la parte demandante	Número de teléfono del patrono	Número de teléfono del domicilio	Número de teléfono del celular
Dirección			Ciudad, estado y código postal
información adicional de contacto			