

Cuyahoga County Court of Common Pleas - Juvenile Division - Fact Sheet

Revised as of 11/01/13

Court Use Only

Date In	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Bypass Status	<input type="text"/>
IDO	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Official Status	<input type="text"/>
Doc ID	<input type="text"/>	Number of Co-delinquents	<input type="text"/>
ICASE History <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Certification <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Re-file Case #	<input type="text"/>

Subject's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>	Alias	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>		
Phone	<input type="text"/>	In Custody Of		<input type="text"/>							
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>		
Height	<input type="text"/>	Ft.	<input type="text"/>	In.	<input type="text"/>	Weight	<input type="text"/>	Eye Color	<input type="text"/>	Hair Color	<input type="text"/>
Distinguishing Mark <input type="text"/>											
Subject is a Twin, Triplet, etc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Name(s) <input type="text"/>											

Mother's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>		
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>				
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>		
Home	<input type="text"/>	Work	<input type="text"/>	Cell	<input type="text"/>		
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

Alleged Father's Information (Paternity Not Established)

Father's Information (Paternity Established)

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>		
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>				
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>		
Home	<input type="text"/>	Work	<input type="text"/>	Cell	<input type="text"/>		
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

Other Person's Information - Legal Custodian/Guardian/Other Party Involved

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>		
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>				
City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>		
Home	<input type="text"/>	Work	<input type="text"/>	Cell	<input type="text"/>	Relationship	<input type="text"/>
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>

Complainant's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>						
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>	Relationship/Agency	<input type="text"/>						
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	SSN	<input type="text"/>		

Incident Date	<input type="text"/>	Officer	<input type="text"/>	Badge	<input type="text"/>	Report #	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---------	----------------------	-------	----------------------	----------	----------------------

Victim #1 Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody O	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Notes

Subject's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>
Incident Date	<input type="text"/>	Report #	<input type="text"/>	Number of Victims	<input type="text"/>		

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				

Victim's Information

Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>	MI	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>	Apt	<input type="text"/>	City	<input type="text"/>	State	<input type="text"/>	Zip	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>								
Gender	<input type="text"/>	Race	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>		
In Custody Of	<input type="text"/>	Last Name	<input type="text"/>	First Name	<input type="text"/>				