

**Petitioner:** \_\_\_\_\_

*(Solicitante:)*

**Address (if not protected):** \_\_\_\_\_

*(Domicilio (si no es confidencial:))*

**City, State, Zip Code:** \_\_\_\_\_

*(Ciudad, estado, código postal:)*

**Telephone:** \_\_\_\_\_

*(Teléfono:)*

**Email Address:** \_\_\_\_\_

*(Correo electrónico:)*

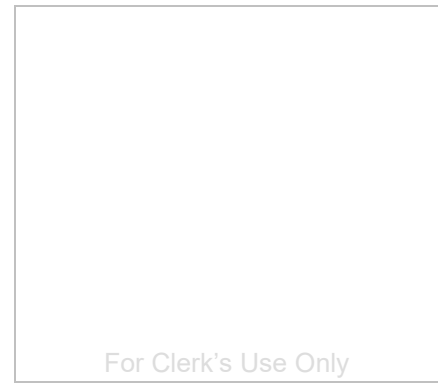
**ATLAS Number:** \_\_\_\_\_

*(Número de ATLAS:)*

**Lawyer's Bar Number:** \_\_\_\_\_

*(Núm. de Colegio de Abogados:)*

**Representing**  **Self, without a Lawyer** **OR**  **Attorney for**  **Petitioner** **OR**  **Respondent**  
*(Asesoramiento Sin mismo, sin un abogado O Abogado para Solicitante O Demandado)*



**Respondent:** \_\_\_\_\_

*(Demandado:)*

**Address (if not protected):** \_\_\_\_\_

*(Domicilio (si no es confidencial:))*

**City, State, Zip Code:** \_\_\_\_\_

*(Ciudad, estado, código postal:)*

**Telephone:** \_\_\_\_\_

*(Teléfono:)*

**Email Address:** \_\_\_\_\_

*(Correo electrónico:)*

**ATLAS Number:** \_\_\_\_\_

*(Número de ATLAS:)*

**Lawyer's Bar Number:** \_\_\_\_\_

*(Núm. de Colegio de Abogados:)*

**Representing**  **Self, without a Lawyer** **OR**  **Attorney for**  **Petitioner** **OR**  **Respondent**  
*(Asesoramiento Sin mismo, sin un abogado O Abogado para Petionario O Demandado)*

**SUPERIOR COURT OF ARIZONA  
IN MARICOPA COUNTY**

*(TRIBUNAL SUPERIOR DE ARIZONA  
EN EL CONDADO DE MARICOPA)*

\_\_\_\_\_  
**Name of Petitioner / Party A**

*(Nombre del Peticionante / Parte A)*

**Case No.** \_\_\_\_\_

*(Número de caso)*

**STIPULATION** / *(ESTIPULACIÓN)*

**NOMINATION** / *(NOMINACIÓN)*

\_\_\_\_\_  
**Name of Respondent / Party B**

*(Nombre del Demandado / Parte B)*

**OF BEHAVIORAL HEALTH  
PROVIDER in Family Cases**

*(DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE  
SALUD CONDUCTUAL en casos de  
derecho familiar)*

**The parties have sought a court appointment of a behavioral health expert in this matter to perform the following service:**

*(Las partes han solicitado el nombramiento judicial de un perito en salud conductual en esta causa para que efectúe los siguientes servicios:)*

---

---

**For this appointment,**  
*(Para este nombramiento,)*

**The parties agree on the appointment of the following provider:**

*(Las partes interesadas han acordado que se designe al siguiente proveedor de servicios:)*

**Name: / (Nombre:)** \_\_\_\_\_

**Address: / (Dirección:)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Phone: / (Teléfono:)** \_\_\_\_\_ **Email Address: / (Correo electrónico:)** \_\_\_\_\_

**OR / (O)**

**The parties have not agreed as to who should be appointed by the court. Each has provided the other with a list of up to three (3) nominated behavioral health professionals and the opposing party has had the opportunity to strike all but one (1) of the professionals nominated by the other party. The two (2) remaining behavioral health professionals, one from each party, are listed below WITHOUT designation of which party nominated which expert:**

*(Las partes interesadas no se han puesto de acuerdo en cuanto a quién debe ser nombrado por el juez. Cada una le ha entregado a la otra una nómina de hasta tres (3) profesionales de salud conductual y la contraparte ha tenido la oportunidad de tachar a todos menos a uno (1) de los profesionales nominados por la otra parte. Los nombres de los dos (2) profesionales de salud conductual restantes, uno designado por cada parte, figuran abajo sin que se indique quién nominó a quién:)*

**Nominee One: / (Nominado número uno:)** \_\_\_\_\_

**Address: / (Dirección:)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Phone: / (Teléfono:)** \_\_\_\_\_ **Email Address: / (Correo electrónico:)** \_\_\_\_\_

**Nominee Two:** \_\_\_\_\_  
(Nominado número dos:)

**Address:** / (Dirección:) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Email Address:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono:) (Correo electrónico:)

**Each party avows that the stipulated/nominated behavioral health expert(s) meet(s) the requirements set forth in "Attachment B" to AO 2020-180.**

*(Cada parte interesada da fe de que el (los) perito(s) en salud conductual nominado(s), o seleccionado(s) por estipulación, reúne(n) los requisitos fijados en el Anexo B al documento AO 2020-180.)*

**IT IS REQUESTED that the court select the behavioral health professional to serve in this matter in the role designated above and that the court issue an order/minute entry detailing the appointment.**

*(SE SOLICITA que el juez seleccione al profesional en salud conductual que desempeñará en esta causa la función designada arriba y que se asiente en actas o se emita una orden para detallar dicho nombramiento.)*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Petitioner / Party A**  
(Firma del peticionario / Parte A)

\_\_\_\_\_  
**Signature of Respondent / Party B**  
(Firma del demandado / Parte B)

\_\_\_\_\_  
**Signature of Party A's Attorney (if applicable)**  
(Firma del abogado de la parte A (si es aplicable))

\_\_\_\_\_  
**Signature of Party B's Attorney (if applicable)**  
(Firma del abogado de la parte B (si es aplicable))

\_\_\_\_\_  
**Date / (Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**Date / (Fecha)**