

APLICACION PARA AYUDA LEGAL DE COLORADO LEGAL SERVICES

Kemps #:
Problem Code:

Fecha de aplicación: _____

1. Nombre legal del Solicitante _____
Primer Nombre
Segundo
Apellido

2. Dirección de correo del solicitante: _____
 ¿Es seguro contactarse con usted aquí? Sí No Ciudad, Estado, Código Postal Condado de Residencia

3. Teléfono: (Casa) (____) (Trabajo) (____) Cel/Otro (____)
 ¿Es seguro llamar? Sí No ¿Es seguro llamar? Sí No ¿Es seguro llamar? Sí No

4. _____ ¿Es seguro enviar e-mail? Sí No
 Su dirección de e-mail

5. Últimos 4 dígitos SÓLO de Número de Seguro Social: ## - ## - ____

6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a (pero casado/a) Divorciado/a Viudo/a

7. Fecha de nacimiento _____ Edad ____ 8. Sexo: M F 9. Idioma principal _____

10. Raza: Blanca Afro americano Hispana Indígena Asiática Otra No quiero decirlo

11. Su esposo o esposa: _____
Primer Nombre
Segundo
Apellido
Fecha de Nacimiento

12. ¿Es usted ciudadano? Sí No **(Para "sí", favor de firmar Declaración #13, abajo)**
 ¿Es usted residente permanente? Sí No # _____
 ¿Otro estatus legal? Sí No

For office use only: date received

13. Si usted es un ciudadano, favor de firmar la siguiente declaración:

Yo declaro que soy ciudadano de los EEUU.

Fecha: _____ Firma: _____

14. ¿Tiene usted alguna discapacidad? Ningún Física Mental
 Favor describa su discapacidad: _____

15. ¿Es usted víctima de violencia doméstica? ¿Ha sido amenazado o herido por un esposo o pareja, o por otra persona como familia o amigo cercano? Sí No

16. ¿Usted o algún miembro de su familia prestaron servicio militar, incluyendo la Reserva o la Guardia Nacional? Sí No

17. Arreglos de convivencia: Dueño Renta Otro _____

18. Número de adultos en su casa _____ Número de niños en su casa _____ Personas total de casa _____

19. Ingresos brutos mensuales del hogar Antes de deducir los impuestos y gastos	Sus Ingresos Brutos Mensual	Ingresos de Esposo/a	De Otros Residentes
Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios publicos: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> OAP <input type="checkbox"/> AND	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro Social Discapacidad o <input type="checkbox"/> Retiro	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> SSI	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Desempleo; <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	_____	_____	_____
Los ingresos por <input type="checkbox"/> Dividendos, <input type="checkbox"/> Intereses,	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras Inversiones, <input type="checkbox"/> Rentas,	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Regalías, <input type="checkbox"/> Patrimonio, <input type="checkbox"/> Fideicomisos	_____	_____	_____
Otro: <input type="checkbox"/> Alimento para niños, <input type="checkbox"/> Alimentos entre cónyuges, <input type="checkbox"/> Pensiones, <input type="checkbox"/> Distribuciones Militares,	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> cualquier dinero de apoyo recibido regularmente,	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> seguro regular o pago de anualidades regular,	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Beneficios VA	_____	_____	_____
INGRESOS TOTALES	\$ _____	\$ _____	\$ _____

For office use: Household income is _____ % of poverty level.

****Favor de completar ambos lados de esta aplicación****

APLICACION PARA AYUDA LEGAL DE COLORADO LEGAL SERVICES

Nombre del Solicitante: _____

20. Los bienes del hogar (La Totalidad para el solicitante, su cónyuge y los otros residentes)

Favor escribir cuanto o "ningún"

Valor líquido de propiedad (si no es residencia) \$ _____	Dinero en mano \$ _____
Valor líquido de carros que no están manejados _____	Cuenta de cheques _____
Bienes de casa (valor más de \$3000) _____	Cuenta de ahorros _____
Ropa (valor líquido más de \$1500) _____	Otras cuentas, etc. _____

For office use: Household assets are listed and are within financial eligibility guidelines.

21. ¿Es probable que su ingreso va a cambiar significativamente en el futuro cercano? Sí No
(En caso afirmativo, explique cómo los ingresos probablemente cambiarán: _____)

22. ¿Se usted no tiene ningún ingreso u otro dinero, como se sostiene usted? _____

23. Favor decirnos cuanto paga cada mes para: renta/hipoteca: _____ costo/seguro médico: _____
cuidado de niños: _____ otro (¿Qué es?): _____

24. Si su dirección postal es diferente de su dirección de calle, favor díganos su dirección de residencia:

Calle	Ciudad, Estado	Condado
-------	----------------	---------

25. ¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

26. Si usted es dueño de una casa, favor díganos cuanto capital que tiene en su casa: \$ _____

27. _____
Persona quien llena la aplicación (si no es el solicitante) Teléfono Relación al solicitante

SU PROBLEMA LEGAL:

28. Breve descripción del problema legal: _____

29. Nombre(s) del partido adversario/partido opositor: _____

30. ¿Hay alguna fecha límite en su caso (fecha en la corte, fecha para responder, etc.)? _____

31. ¿En que condado está su problema legal? _____

32. Favor, díganos qué le gustaría hacer sobre su problema legal: _____

Firma

Fecha

FOR LEGAL SERVICES USE: Is this client eligible for services? yes no

****Favor de completar ambos lados de esta aplicación****