

# APLICACION PARA AYUDA LEGAL DE COLORADO LEGAL SERVICES

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Kemps #: \_\_\_\_\_  
Problem Code: \_\_\_\_\_

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	_____	_____	_____
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

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\****