



# Solicitud para Servicios Legales

**1. ¿Que lo trajo a usted aquí? (Escriba con letra de molde) Fecha:** \_\_\_\_\_

En breve explique su asunto legal: \_\_\_\_\_

¿Está siendo representado (o ha sido) representado por un abogado en este caso? Se es así ¿cuál es el nombre del abogado? \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero acerca de esta clínica legal gratuita? \_\_\_\_\_

## 2. Por favor proporcione su información personal.

Por favor escriba su nombre completo:			<b>For office use only-ID Check</b> _____
Otros nombres que usted haya usado en el pasado:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénico	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Los últimos cuatro números de su Seguro Social: XXX-XX-____ ____ ____ ____			

<b><u>Estatus de ciudadanía de Los Estados Unidos Americano:</u></b>	<b><u>PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE</u></b>  Document Seen by Staff Member: _____  Date: _____
<input type="radio"/> Yo soy ciudadano de los Estados Unidos Firma: _____ Fecha de hoy _____	
<input type="radio"/> No soy ciudadano de los Estados Unidos, pero soy Residente Permanente (Tarjeta Verde)	
<input type="radio"/> Tiene usted otro estatus de inmigración (ejemplo., DACA o condición especial de inmigración por ser menor de edad) ¿Se es así cuál es? _____	
<input type="radio"/> Indocumentado	

Número de teléfono Celular: (____) ____-_____	Teléfono de su Casa: (____) ____-_____	Correo Electrónico:
Su dirección actual: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
¿Es esta una dirección segura para mandarle correspondencia sobre su caso? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Condado en el que vive actualmente:		

**Si su dirección no es una dirección segura,  
proporcione una dirección segura a donde podamos comunicarnos con usted.**

Dirección Segura: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la condición actual a donde vive? (encierre uno)    Dueño de casa    Rento    No tengo casa  
Vivo con Familiares/Amigos    Alberge    Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted? (encierre uno)  
Teléfono de casa    Teléfono celular    Correo Electrónico

¿Cómo le gustaría recibir documentos por escrito? (encierre uno)    Correo Electrónico    Correo Regular

¿A que se dedica?    ¿Quién es su empleador?

¿Marque su raza? (encierre uno)  
Blanco    Afro -Americano    Hispano    Asiático    Nativo de Norte América    Otro

¿Es el inglés su primer idioma?     Si     No    ¿Cuál idioma prefiere?

¿Qué tan cómodo se siente usted para hablar de su caso en Inglés?  
Muy bien    Bien    No muy bien    No me siento cómodo

¿Tiene usted alguna discapacidad?     Si     No

¿Se identifica usted como LGBTQ (lesbianas, gay, bisexuales, y transexuales)?  
 Si     No     Prefiero no responde

¿Actualmente es usted un estudiante? (K-12, Universidad, Maestría, Doctorado, Escuela Vocacional, etc.)  
 Si     No

¿Usted o Su hijo(a) ha recibido tratamiento en el hospital Texas Children's (TCH) durante el año pasado? Esto incluye cualquier ubicación del hospital Texas Children's incluyendo el centro médico, Katy en el oeste de la ciudad, The Woodlands, cualquier clínica Pediátrica o clínica móvil de Texas Children's.     Si     No

¿Fue usted afectado por el huracán Harvey?     Si     No.    ¿Si fue afectado, cómo?

¿Es usted un veterano?     Si     No    ¿Es usted el conyugue sobreviviente de un veterano?     Si     No

Por favor encierre su rama de servicio:    Army    Navy    Air Force    Marine    Coast Guard

¿Su salida de las fuerzas armadas fue (por ejemplo, con Honores, General, Otra que sea sin Honores)?

¿Ha sido usted víctima de violencia doméstica? (ya sea que lo haya reportado o No)     Si     No

¿Si usted ha sido víctima de violencia doméstica, el abusador vive con usted?     Si     No

**3. Información sobre su hogar.** Por favor anote a todas las personas que vivan con usted.

Nombre completo	Relación	Edad	En la escuela preparatoria
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Hay alguna orden establecida por un tribunal para cualquiera de las personas arriba mencionadas, que no sean su cónyuge o hijo(a) que requiera que usted los cuide?  Si  No

**4. Ingresos.** Por favor anote el total de sus ganancias/ingresos ANTES DE LOS IMPUESTOS de usted y de cada persona que vive con usted.

Tipo de Ingresos	Cantidad que usted gana/recibe	Cantidad que la otra persona en su hogar gana/recibe:	Nombre de la persona en su hogar que lo recibe:	Nadie tiene este tipo de ingreso
Salario de su trabajo(s)	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Cuanto le pagan por hora	\$ _____	Mas o Menos, cuantas horas trabaja por semana	_____	
Manutención (cantidad que recibe)	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Pensión/Retiro	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
SSI	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Beneficios de Veteranos	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
TANF	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Estampillas de comida	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Compensación por accidentes en el trabajo	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Dinero en efectivo/donaciones	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Ingreso de alquiler/Royalties	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Discapacidad privada	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Becas (cantidad que recibe)	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Apuestas	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Fideicomiso/intereses/dividendos	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	\$ _____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted alguna razón por la cual crea que sus ingresos lleguen a cambiar considerablemente en el futuro?

Si  No Si es así, cuando y como va a cambiar?

**5. Gastos.** Gastos mensuales pagados por usted o cualquier persona en su hogar.

Renta/Hipoteca	\$ _____	Seguro para Inquilino/dueño de casa	\$ _____
Guardería de niños	\$ _____	Impuestos de Propiedad	\$ _____
Gastos médicos no reembolsados	\$ _____	Pagos de Manutención de Niños	\$ _____
Pagos de auto	\$ _____	Seguro de auto	\$ _____
Transportación a su trabajo	\$ _____	Préstamos para estudiantes	\$ _____
Gastos relacionados por discapacidad	\$ _____	Gastos relacionados con la edad	\$ _____
Otro Préstamos(especifique)	\$ _____		

**6. Bienes.** Por favor, calcule el valor de todos los bienes que tenga usted y de cualquier otra persona en su hogar.

Tipo de Bienes:	¿A nombre de quién está?	Valor aproximado:	Cantidad que debe:	Nadie tiene este tipo de bienes:
Casa	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Terreno/Otro Propiedad(s)	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
401(K)/Pensión/IRA	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Dinero en efectivo (cartera & en casa)	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Cuenta de Cheques(s)	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Cuenta de Ahorros(s)	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Acciones/Bonos/Certificados de depósito/Fondos de inversión	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Otras cuentas financieras	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>
Otro (describa)	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>

**Vehículos:** Provea información acerca de todos los vehículos, motocicletas, lancha, RVs, etc. en su hogar (si tiene más de cuatro vehículos pida más papel para anotar la información).

No tengo un vehículos y nadie más en mi hogar tiene un vehículo.

Año, Marca, & Modelo	¿ A nombre de quién está?	Valor aproximado	Cantidad que debe, si debe algo	¿Utiliza este vehículos para su transportación?
_____	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
_____	_____	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

## 7. Acerca de Su Problema Legal.

¿Con quién está teniendo problemas? (nombre de la parte contraria)	
¿Cuál es su relación con esa persona? (por ejemplo, cónyuge, inquilino, cliente)	
Dirección de la parte contraria: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
Últimos cuatro números del seguro social: XXX-XX-____ ____ ____ ____	Fecha de nacimiento de la parte contraria:
¿Está siendo la parte contraria representada por un abogado? Si es así ¿quién es?	
¿Ha recibido usted notificación de una demanda?	
¿Tiene usted una audiencia programada en la corte? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Si es así, cual es la fecha?
¿Tiene una fecha límite para responder o contestar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Si es así, cual es la fecha límite?

## RECONOCIMIENTO DE NO REPRESENTACIÓN

Yo entiendo y reconozco que no soy cliente de los Abogados Voluntarios de Houston y que **NO** seré representado en cualquier asunto como resultado de la información que proporcione en esta solicitud. También entiendo y reconozco que la información que proporcione a los Abogados Voluntarios de Houston para determinar mi elegibilidad para sus servicios no significa que los Abogados Voluntarios de Houston, no puedan ayudar a otras personas las cuales sean mis adversarios.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo verifico que la información financiera que proporcione en esta solicitud es correcta y verdadera. También entiendo y reconozco que los Abogados Voluntarios de Houston pueden suspender sus servicios apenas descubran que di información falsa o errónea en esta solicitud o cuando esté hablando sobre mi caso con el personal de los Abogados Voluntarios de Houston o los Voluntarios.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## CONVENIO CON LOS VOLUNTARIOS

Yo autorizo a los Abogados Voluntarios de Houston a compartir información acerca de mi caso con posibles abogados Voluntarios con el propósito de encontrar a alguien que me represente.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

ESTOY DE ACUERDO/  NO ESTOY DE ACUERDO (*encierre uno*) a que los Abogados Voluntarios de Houston puedan compartir la información contenida en esta solicitud con otros proveedores de servicios legales con el propósito de ayudarme a encontrar representación legal.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### For HVL Office Use Only:

4.A. Income Eligible     Yes     No    4.B. Income Exception (allows 125%-200%)     Yes     No  
6.A. Asset Eligible     Yes     No    6.B. Asset Waiver (excess assets combined w/ income)     Yes     No  
1. Citizenship Attestation Signed & Dated     Yes     No

Intake Location: \_\_\_\_\_

HVL Staff (name & #): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Interpreter: \_\_\_\_\_

Los Abogados Voluntarios de Houston están aquí para ayudarle. Para poder atenderle mejor necesitamos de su cooperación. Aquí encontrará una lista de lo que esperamos de usted. Si usted no cumple con estas expectativas, tenemos el derecho de inmediatamente cerrar su expediente y suspender cualquier otro servicio. Si tiene preguntas, por favor pregúntenos y nosotros le explicaremos.

1. Esperamos que usted se comporte de manera apropiada cuando se comunique con nuestro personal y nuestros voluntarios. Esto quiere decir que sea amable y siga las indicaciones. Algunos ejemplos de comportamiento inadecuado son utilizar malas palabras (vocabulario inadecuado), hablar en voz alta, estar bajo la influencia del alcohol, amenazar, acosar, y cualquier amenaza física o abuso verbal.
2. Esperamos que usted respete el tiempo de su abogado voluntario, el cual está donando su valioso tiempo para ayudarle mientras también se ocupa de otras cosas. Una manera de hacer esto es escribir las preguntas que usted tenga acerca de su caso y haga una cita para hablar o reunirse con su abogado voluntario y tratar estas preguntas con él/ella, en lugar de estarlo llamando cada vez que tenga alguna pregunta.
3. Esperamos que haga lo que usted dijo que haría. Por ejemplo, asista a sus citas o conferencias telefónicas. Si usted no va a poder ir a su cita o tener una conferencia telefónica, notifique a las personas que sean parte de esto, tan pronto sepa que no va a poder asistir. Si no podemos contar con usted, no vamos a poder ayudarle. Del mismo modo si le pedimos que proporcione documentos o información, esperamos que usted nos mande esta información y si no puede mandarla nos avise lo más pronto posible.
4. Esperamos que notifique a los Abogados Voluntarios de Houston inmediatamente si:
  - a. Usted encontró otros servicios legales (a través de otra agencia o un abogado).
  - b. Su información a donde podamos comunicarnos con usted cambia.
  - c. Encuentra un trabajo, cambia de trabajo, o pierde su trabajo
  - d. Si hay cambios acerca del lugar a donde vive o si hay algún cambio en su condición y de alguna manera afecte el ingreso del hogar o su asunto legal.
5. Esperamos que usted comunique sus necesidades a nuestro personal y voluntarios lo más pronto posible, comprendiendo que tal vez no podamos asistirle con alguna petición de último momento.
6. Aunque nuestro programa puede ponerlo en contacto con un abogado el cual dona su tiempo para asistirle, nosotros no tenemos control sobre los costos establecidos por otros, incluyendo costos de la corte, gastos para el alguacil, costos por testigos, gastos por copias o los costos de profesionales asignados por la corte para proporcionar algún servicio en su caso. Si alguno de estos costos o alguno otro surge en su caso y no puede ser eliminado, usted será responsable de pagar estos costos.

Usted tiene el derecho de llamar a los Abogados Voluntarios de Houston en cualquier momento. Usted tiene el derecho de presentar las preocupaciones que usted tenga al Director(a) Ejecutivo de los Abogados Voluntarios de Houston. Si el Director(a) Ejecutivo no trata adecuadamente sus preocupaciones, usted tiene el derecho de presentar estas preocupaciones al Presidente de la Mesa Directiva de los Abogados Voluntarios de Houston.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_