

APLICACION PARA SERVICIOS DE TEXAS RIOGRANDE LEGAL AID

3/2011

Responda a todas las preguntas que apliquen a usted.

PROBLEM CODE: _____

Fecha: ____/____/____

ALT. PROBLEM CODE: _____

1. Soy Ciudadano Estadounidense. Firme: _____

1A. Soy Residente Permanente Legal. Firme: _____

Numero de Inmigración: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____

1B. Todos consiguen un consejo. Otros extranjeros pueden ser elegibles. Pidan y completen la segunda forma. 2. Apellido: _____

2A. Nombre: _____ Segundo Nombre/Inicial: _____

3. Dirección: _____ # de Apartamento: _____

4. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

5. Telefono de casa: _____ Telefono de su trabajo: _____

6. Numero de telefono alterno y quien respondera la llamada: _____

7. SEXO: Masculino Femenino 8. Raza: Anglo Negro Hispano Otro: _____

9. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ 10. Numero de Seguro Social: ____-____-____

11. Necesita usted un intérprete? Español Lenguaje de Señas Otro _____

12. Su problema legal: _____

13. Mi disputa es con: _____ Un Individuo Un Negocio

14. Nombre de su esposo(a) _____

Fecha de nacimiento de su esposo(a): ____/____/____

15. Como supo de Legal Aid? _____

16. Cuanto paga mensualmente en renta/pago de su casa? \$ _____

17. Numero de niños(as) menor de 18 años que viven con usted? _____

18. Numero de adultos mayores de 18 años que viven con usted (inclúyase) _____

INGRESOS DE EMPLEO MENSUALES totales, ANTES DE IMPUESTOS:

19. Para Usted: \$ _____ Para Otros en su casa: \$ _____

20. SI USTED/OTROS EN SU CASA RECIBEN OTROS INGRESOS, DECLARE LAS

CANTIDADES MENSUALMENTE:

Table with 4 columns: Item (TANF, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos, Pensión Para Hijos Menores, Otros), Usted:\$, Otros en su casa:\$, TOTAL: \$

Completar solament si no hay ingreso de cualquier tipo durante el presente. Declare el ingreso total en su casa en los ultimos nueve meses. Ingresos totales en los ultimos nueve meses: \$ _____

BIENES

21. Es que USTED o OTROS en su casa tiene una cuenta de ahorros, cheques, o CDs? Si o No \$ _____

22. Es que USTED o OTROS en su casa tiene terreno(s) o casa propia? Otro lugar donde usted no esta viviendo presentemente? Si o No Valor neto: \$ _____

23. Liste cualquier otros bienes y su valor: Bienes _____ Valor neto: \$ _____

24. GASTOS: CUANTO PAGA USTED MENSUALMENTE para:

- a. premios de seguro médico, incluso asistencia médica: \$ _____
b. gastos para asistencia médica no reembolsados o gastos de hogar de ancianos: \$ _____
c. gastos para pension de hijos menores: \$ _____
d. transportación para trabajar o para asistencia médica: \$ _____
e. gastos para guarderia de niños: \$ _____
f. deudas fijas grandes, incluso deudas fiscales: \$ _____

25. Nombres y Fecha de nacimiento de todos quien viven en su casa: 1. _____

2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____

6. _____ 7. _____

26. DESEA QUE TRLA REVISAS SU SITUACION PARA DETERMINAR SI USTED PUEDE SER

ELEGIBLE PARA ESTAMPILLAS DE COMIDA/TANF (SNAP) Y/O MEDICAID? SI o

NO

OFFICE USE ONLY

- Phone Citizenship Declaration
 in office outreach
 telephone ARCH
 clinic M or W Other
 DO NOT MAIL TO THIS ADDRESS

Conflict Check: ____/____/____
By: _____

ELIGIBILITY: _____

REJECTED Date ____/____/____

REJECT CODES:

- regulations conflict
 incomplete income/asset
 resources &/or priorities
 citizenship duplicate
 other _____

ACCEPTED WAIVER

DATE ____/____/____

Case Handler: _____

FUNDING SOURCE:

- LSC/basic PAI/VLS
 BCLS HUD
 IOLTA CAN
 outreach VOCA
 VAWA Title III
 Other _____

Closed Date: ____/____/____

Closing Code _____

Outcome Code _____

Closed By _____

LIMITED SERVICE

- File Folder Yes No N/A
File Checklist Yes No N/A
PSA Yes No N/A
Statement/Fact Yes No N/A
Citizenship/Form Yes No N/A

INCOME TOTAL: \$ _____

ASSETS TOTAL: \$ _____

FAVOR DE NOTAR:

Responda TODAS las preguntas aplicables. Si la cantidad es nada, escriba zero. Las respuestas falsas o incompletas pueden resultar en rechazo.