

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 presentamente?  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 guardería 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.