



Formulario inicial

La información que proporciona en este formulario es confidencial y solo se utiliza para nuestra oficina.

Fecha de hoy: _____

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____

País de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Su estado de inmigración:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residente permanente | <input type="checkbox"/> U Visa/VAWA |
| <input type="checkbox"/> Refugiado/a | <input type="checkbox"/> DACA/TPS |
| <input type="checkbox"/> Ciudadano/a estadounidense | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor marque las casillas que le corresponde a Ud. :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Petición migratoria para un familiar | <input type="checkbox"/> Renovación de su permiso de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Un familiar está solicitando para Ud. | <input type="checkbox"/> Víctima de un delito que ocurrió en los Estados Unidos |
| <input type="checkbox"/> Obtener la ciudadanía estadounidense para Ud. | |
| <input type="checkbox"/> Otra razón _____ | |

¿Cuántas veces ha entrado a los Estados Unidos sin documentos/papeles de inmigración?

Por favor escriba todas las fechas de entrada no permitida.

¿Alguna vez ha sido deportado/a? ¿Cuándo y cuántas veces?



siguiente página

¿Alguna vez ha sido arrestado o encarcelado por cualquier tipo de delito? Sí / NO

Si contestó "Sí," por favor explique cuándo, dónde, por cuánto tiempo, y por qué?

¿Fue víctima de un delito que ocurrió en EE.UU? Sí o No

¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Cuánto ganan todos en la casa mensualmente?

Para servirle mejor, por favor describa qué tipo de asesoría legal Ud. necesita:



Los siguientes documentos TIENEN que adjuntarse a este paquete: Copia de los impuestos mas recientes, el mas reciente talon de pago, si no tiene acceso a estos documentos, adjunte notificación de acción para beneficios tales como Medicaid, SNAP, y Social Security.

Nombre completo _____
 Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono _____ Tiempo para llamar (L-V 9AM-4:30PM) _____

<p>Sí, deseo solicitar el descuento</p> <p>Para solicitar, favor de leer y completar los 2 lados de esta solicitud, entregar pruebas de los ingresos de todos de la familia y firmar abajo. Solicitamos esto para poder determinar el descuento. Entiendo que si no completé la solicitud, CLIA no podrá considerarme para ningún descuento.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>	<p>No, no deseo solicitar el descuento</p> <p>No deseo solicitar ayuda del programa de descuentos. Entiendo que soy responsable de cualquier pago en su totalidad sin ningún descuento. Esto me incluye a mí y a los miembros de mi hogar anotados a continuación.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>
---	---

Número de personas en el hogar: Favor de anotar los miembros del hogar y/o familia. Incluir todas las personas que vivan en el hogar y los sueldos y/a aportaciones financieras que cada persona contribuye.

	Primer Nombre	Apellido/s	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Certificación de los ingresos

Favor de completar si desea ser considerado para un descuento.

Por medio de este documento certifico que los ingresos netos de mi hogar/familia durante los próximos 12 meses serán lo siguiente: (Antes de deducciones/impuestos)

Sueldos, salarios, comisiones, propinas	\$
Beneficios de Seguro Social (pensión)	\$
Asistencia Pública (beneficios de comida, dinero, etc.)	\$
Desempleo o pago de L&I (u otra aseguranza que paga empo perdido)	\$
Beneficios militares	\$
Pensiones del trabajo y/o del ferrocarril y/o cuenta individual para la jubilación	\$
Renta de propiedades, derechos de autor, fideicomisos, etcétera	\$
Ganancias de dividendos y/o intereses de una cuenta o inversión	\$
Otra clase de ingreso (especifique)	\$
TOTAL DE LOS INGRESOS ANUALES DEL HOGAR	\$

HOGARES SIN INGRESOS SOLAMENTE - Favor de completar si usted NO tiene ninguna fuente de ingresos:

Favor de explicar cómo ha podido cubrir sus necesidades básicas sin ninguna entrada de dinero:

Comida: _____ Renta: _____

Servicios de luz/gas/agua/basura: _____

Otro (ropa, jabón etc.): _____

Yo, _____, certifico que no he tenido fuente de ingresos desde _____. Nombre de su último empleador: _____ Fecha del último empleo: _____

Todos los solicitantes: FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Estoy de acuerdo de hacerme responsable por mi cuenta con CLIA. Entiendo que si declaro información incompleta o falsa no será considerado/a para ningún descuento. Certifico que la información que declaré por medio de esta solicitud es completa y verdadera.

Entiendo que mi información incluida en este documento será parte de la documentación que se le proporcionará a inmigración.

Firma: _____ Fecha: _____

La meta de Center for Legal Immigration Assistance (CLIA) es que los servicios legales de inmigración sean accesible para quien lo necesite, sin importar su habilidad para pagar. También creemos que las personas deben pagar hasta donde sus ingresos les permitan, rebajando cobros cuando sea posible.