

Asociación de Servicios Legales de Montana

Aplicación para Asistencia

Instrucciones: Para aplicar para servicios por favor llene completamente esta aplicación. Si una pregunta no aplica a usted, por favor escriba N/A (no aplica) en el espacio blanco. Información actual y verdadera es muy importante. Cuando usted termine la aplicación, por favor, ponga la fecha y fírmela y mande la aplicación completa a la dirección abajo. Nosotros vamos a contactarle después de que miremos su aplicación.

Para evitar una tardanza en el proceso de su aplicación, por favor complete todas las secciones de esta aplicación.

Yo, _____ estoy solicitando ayuda civil legal y asistencia de la Asociación de Servicios Legales de Montana.

Con mi firma abajo, yo verifico que la información que yo proveí en esta aplicación es verdadera y actual.

También estoy verificando que yo soy un(a) Ciudadano/a o Residente Permanente Legal de Los Estados Unidos.

Fecha

Firma

Mande la aplicación completa a: MONTANA LEGAL SERVICES ASSOCIATION
P. O. Box 3093
Billings, MT 59103

O la envíe por fax: (406) 252-6055

Si usted necesita asistencia completando esta aplicación, o quiere aplicar por teléfono, por favor llame a la Línea de Ayuda de Servicios Legales de Montana a:

1-800-666-6899

1. Nombre _____
Primer Segundo

Apellido(s) _____

2. Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal

3. ¿Usted?

- Alquila
- Es el/la dueño/a de su casa
- Vive con su familia
- Vive con amigos
- Su patrón proporciona casa
- Otro _____

4. Su Número de Teléfono: _____

5. Su Número de Teléfono de Trabajo: _____

6. E-mail: _____

7. ¿Podemos contactarlo/a sin peligro a usted a la dirección y números de arriba? Si _____ No _____

8. Si es peligroso, a que otra dirección y números podemos contactarlo(a): _____

9. La Razón que necesita ayuda legal:

- Violencia Domestica
- Ley Familiar con niños
- Ley Familiar sin niños
- Ley de dueño/inquilino
- Inmigración
- Asuntos del trabajo
- Deuda Cambio de nombre
- Otro: _____

10. ¿Ahora tiene representación de un abogado? Si _____ No _____

11. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ Adultos _____ Niños

Por favor inscriba los nombres de las personas que viven en su casa, y su relación a usted ("novio," "hijo" etc.)
Adjunte páginas adicionales si las necesita.

| Nombre | Relación a Usted | Edad | ¿Ayuda con el apoyo económico de la familia? |
|--------|------------------|------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Ciudadanía norteamericana:

Si usted no es un(a) ciudadano de Los Estados Unidos:

1) ¿Usted es un(a) residente legal?
 Si _____: Por favor adjunte una fotocopia de su tarjeta de residencia.
 No _____

2) ¿Su esposo(a) es un(a) ciudadano?
 Si _____ No _____

3) ¿Sus niños son ciudadanos?
 Si _____ No _____

4) ¿Ya sometió una petición para su estado legal?
 Si _____ No _____

¿Si, si cual petición?
I-130 _____ I-485 _____

12. Ingresos de su hogar: (incluye información del ingreso de cada persona que vive en su casa quienes le ayudan económicamente).

| Antes Impuestos | Empleo | Desempleo | Seguro Social | Seguro Social de Invalidez | Mantenimiento del Menor | Asistencia Pública | Beneficios del Excombatiente | Otro |
|--------------------------|---|-----------|---------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------|----------|
| De Usted | \$ _____ Pagado <input type="checkbox"/> horario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> otro: | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Otra persona de su casa: | \$ _____ Pagado <input type="checkbox"/> horario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> otro: | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Otra persona de su casa: | \$ _____ Pagado <input type="checkbox"/> horario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> otro: | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

¿Usted recibe estampillas de alimentos? Si No

13. Activos:

Los activos de todas las personas que viven en su casa:

Dinero efectivo: \$ _____
Cuenta Bancaria: \$ _____
Cuenta Corriente: \$ _____
Otro: \$ _____

¿Usted es dueño/a de más que una casa? Si No

Si, sí ¿Cuanto pago por la segunda casa? \$ _____ Cuanto le falta \$ _____

¿Alguien que vive en su casa tiene terreno o bienes? (Sin contar su propiedad) Si No

Descripción: _____
Cuanto pago \$ _____ Cuanto le falta \$ _____

¿Usted o alguien que vive en su casa tiene un auto o más de uno? Si No

Si sí, inscribalas abajo:

Marca _____ Modelo _____ Año _____ Valor Actual \$ _____ Cuanto le falta \$ _____
Marca _____ Modelo _____ Año _____ Valor Actual \$ _____ Cuanto le falta \$ _____
Marca _____ Modelo _____ Año _____ Valor Actual \$ _____ Cuanto le falta \$ _____

Otros Activos: (motos, autos de recreación, barcos, pistolas, caballos, y otros cosas similares)

Descripción: _____ Cuanto ha pagado \$ _____ Cuanto le falta \$ _____
Descripción: _____ Cuanto ha pagado \$ _____ Cuanto le falta \$ _____
Descripción: _____ Cuanto ha pagado \$ _____ Cuanto le falta \$ _____

14. Información de La Parte Contrario: Nosotros necesitamos tener esta información antes de proporcionarle servicios.

Nombre: _____ Dirección: _____

Numero de Teléfono (si lo sabe): _____

¿La Parte Contrario tiene un abogado? Si No

Si sí, ¿Qué es el nombre del abogado? _____

¿Esa persona tiene otros nombres? Si No

Si sí, inscriba los otros nombres: _____

¿Recibió papeles de la corte? Si No

Si sí, Cuando los recibió: _____

Por favor envíenos fotocopias de los papeles que recibió.

15. Información Estadístico (La organización que nos da los fondos requiere esta información)

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Sexo: Masculino Femenina

Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Separado/a
 Soletero/a Otro _____

¿Usted ha usado otros nombres o nos ha contactado usando otros nombres?

Si sí, Por favor escriba los nombres: _____

Raza: Blanco/a Hispano/a Negro/a Asiático/a o Habitante de Las Islas del Pacífico Multicultural
 Indio/a Tribu _____ Otro _____

Idioma: Inglés Español Ruso Otro _____

¿Cómo se informó sobre Los Servicios Legales de Montana? Familia/Amigos Uso Anterior Corte
 Otra Agencia Social montanalawhelp.org
 Otro _____

¿Usted tiene asuntos de impuestos federales del gobierno? Si No

Si sí, Por favor explique su problema con los impuestos: _____

