

INFORMATIONEN ZUM ANTRAGSFORMULAR

Alaska Legal Services Corporation (ALSC) ist eine private, gemeinnützige Organisation, die kostenlos Rechtsdienstleistungen für Anspruchsberechtigte erbringt. Mithilfe dieses Antragsformulars können wir die folgenden drei Schritte einhalten:

1. Zunächst müssen wir uns vergewissern, dass kein Interessenkonflikt aufgrund unserer früheren oder aktuellen Vertretung einer Person, die in Ihren Fall verwickelt ist, vorliegt. Um dies zu gewährleisten, benötigen wir die korrekte Schreibweise Ihres Namens und des Namens der Gegenpartei.

Im Falle eines Interessenkonflikts kann ALSC Sie nicht beraten. Wir werden Sie so schnell wie möglich benachrichtigen, wenn wir Sie rechtlich nicht beraten oder vertreten können. Da ALSC Ihnen nicht helfen kann, werden wir versuchen, Ihnen eine andere Agentur oder Organisation zu nennen, die Sie unterstützen kann.

2. Anschließend müssen wir sicherstellen, dass Sie im Hinblick auf Ihre finanzielle Situation berechtigt sind, unsere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Zunächst wird anhand der im Antragsformular gemachten Angaben zum Einkommen und Vermögen ermittelt, ob Sie aufgrund Ihrer finanziellen Situation für unsere Dienstleistungen in Frage kommen. Möglicherweise wird zu einem späteren Zeitpunkt eine gründlichere Beurteilung erforderlich sein. Unsere Leitlinien zur Ermittlung der finanziellen Eignung beruhen auf den Leitlinien zur Ermittlung der Armutsgrenze (*federal poverty guidelines*) und sind auf Anfrage erhältlich.

3. Abschließend müssen wir Ihren Fall überprüfen, um festzustellen, ob Ihre Situation den Prioritäten unserer Organisation entspricht.

ALSC verfügt über begrenzte Mittel, daher müssen wir die von uns übernommenen Fälle priorisieren. Unsere Entscheidungen zur Annahme eines Falls orientieren sich an den festgelegten Prioritäten der örtlichen Geschäftsstelle und werden von unserem Vorstand genehmigt. Eine Kopie unserer Prioritäten stellen wir auf Anfrage zur Verfügung.

BITTE BEACHTEN SIE, DASS SIE VON UNSERER GESCHÄFTSSTELLE ZU DIESEM ZEITPUNKT NICHT VERTRETEN WERDEN UND DASS DIE IN DIESEM ANTRAGSFORMULAR ENTHALTENEN INFORMATIONEN NICHT ALS PRIVILEGIERT BETRACHTET WERDEN SOLLTEN UND DURCH DIE ANGABE DIESER INFORMATIONEN IN KEINER WEISE EIN MANDATSVERHÄLTNIS ZWISCHEN IHNEN UND ALASKA LEGAL SERVICES CORPORATION ENTSTEHT

Wir werden uns stets bemühen, Sie innerhalb von **zwei Wochen** nach Eingang Ihres Antrags zu benachrichtigen, ob wir Ihren Fall annehmen können. Bitte teilen Sie uns mit, ob es sich bei Ihrem Fall um einen Notfall handelt und wir werden versuchen, Ihren Antrag zu beschleunigen. *Wenn Sie Rechtsberatung zu einem laufenden Gerichtsverfahren beantragen, vergewissern Sie sich bitte, dass Sie Ihrem Antrag Kopien sämtlicher Gerichtsunterlagen beifügen.*

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular per Post, per E-Mail (als Anhang) oder per Fax an die folgende Adresse zurück oder geben Sie den Antrag persönlich ab:

ALSC-ANTRAGSFORMULAR

Name: _____ E-Mail: _____

Sonstige Namen, unter denen Sie bekannt sind/waren, einschließlich Ihres Mädchennamens: _____

Familienstand: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____ Ethnische Herkunft: _____

Postanschrift: _____ Stadt: _____ Staat: _____ PLZ: _____

Telefon: Privat: _____ Arbeit: _____ Handy: _____ Nachricht: _____

Name des Ehegatten/Partners: _____

Anzahl Erwachsener im Haushalt: Zählen Sie nur sich selbst, Ihren Ehegatten bzw. unverheirateten Lebenspartner _____
(zählen Sie KEINE anderen Erwachsenen wie Eltern, volljährige Kinder oder Mitbewohner)

Anzahl Kinder unter 18 Jahren: Zählen Sie nur die Kinder, für die Sie das Sorgerecht haben _____

Einkommen: Geben Sie das Bruttoeinkommen für **alle** vorgenannten Haushaltsmitglieder an:

Quelle	Betrag	pro	Zeitraum
ATAP oder TANF		pro	
Adult Public Assistance		pro	
Löhne/Einkünfte		pro	
PFD		pro	
Unterhalt/Kindesunterhalt		pro	
Rente/Pension		pro	
Geldleistungen für Senioren		pro	
Sozialversicherung		pro	
SSI		pro	
Arbeitslosigkeit		pro	
VA		pro	
Arbeitsunfallversicherung		pro	
Sonstiges		pro	
		pro	

Haben Sie einen Medicaid-Trust? ja nein

Andere Haushaltsmitglieder als Sie selbst:

Name	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ausgaben (mit Ausnahme von Kreditkartenschulden):

Posten	Betrag	pro	Zeitraum
Miete/Hypothek		pro	
Kinderbetreuung		pro	
Kindesunterhalt		pro	
Arztkosten		pro	
Arbeitskosten		pro	
Sonstiges		pro	

Gesamteinkommen aus allen Quellen der letzten 12 Monate oder des letzten Kalenderjahrs: _____

Erwarten Sie, dass sich Ihr Einkommen ändern wird?

(Bitte nur ein Feld auswählen)

_____ nein _____ ja

Wenn ja, erläutern Sie den Grund: _____

Vermögen:	<u>Wert</u>	<u>Schuldsumme</u>	Vermögenswert	<u>Wert</u>	<u>Schuldsumme</u>
Girokonto:			Wohnmobil, Quad (ATV), Schneemobil, Skiff:		
Sparkonto:			Grundstück/Immobilie <u>mit Ausnahme</u> des Hauptwohnsitzes:		
Auto:			Sonstiges: _____		

Beschreibung des Falls oder der rechtlichen Frage: _____

Haben Sie mit einem anderen Rechtsanwalt Kontakt aufgenommen? _ja ___ nein

Name der Gegenpartei: _____

Anschrift der Gegenpartei: _____

Weitere Namen, unter denen die Gegenpartei bekannt ist: _____

Diese Angaben sind nach meinem besten Wissen korrekt: _____

(Unterzeichnen Sie hier nur, wenn Sie US-Staatsbürger sind)

Ich bin ein Bürger der Vereinigten Staaten _____

Unterschrift

Datum

Ihre Antworten auf diese Fragen haben **keine** Auswirkungen auf Ihre Anspruchsberechtigung. Diese Informationen werden ausschließlich für die Datenerhebung und für Servicezwecke gesammelt.

Veteran/Militärstatus:

Haben Sie jemals Militärdienst geleistet, einschließlich als Reservist (*Reserve*) oder in der Nationalgarde (*National Guard*)? _____

Sind Sie Militärangehöriger im aktiven Dienst? _____ Sind sonstige Haushaltsmitglieder Veteranen? _____

Häusliche Gewalt:

Sind Sie Opfer von häuslicher Gewalt? _____ Wurde DV in diesen Fall eingeschaltet? _____

Gibt es eine sichere Telefonnummer und Anschrift, unter der Sie erreichbar sind? _____

Opfer einer Straftat:

Waren Sie jemals Opfer einer anderen Straftat als häuslicher Gewalt? _____

Behinderung:

Geben Sie bitte alle körperlichen oder geistigen Behinderungen an _____

Benötigen Sie aufgrund Ihrer Behinderung besondere Hilfeleistungen? Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit, was genau Sie benötigen. _____

Angaben zur Pflegeperson:

Erbringen Sie unbezahlte Pflegeleistungen für einen behinderten volljährigen Familienangehörigen oder ein Enkelkind? _____

Übt eine andere Person eine unbezahlte Pflgetätigkeit für Sie aus? _____

Wenn Sie beide Fragen mit Ja beantwortet haben, geben Sie bitte für diese Person die folgenden Informationen an:

Name

Beziehung

Geburtsdatum

Unterkunft/Sonstiges:

Art der Unterkunft: _____

Sind Sie derzeit obdachlos? _____ Besteht für Sie das Risiko, obdachlos zu werden? _____

Wenn Ihre Wohnadresse von Ihrer Postanschrift abweicht, geben Sie diese bitte hier an: _____

Wird Ihr Einkommen (ganz oder teilweise) für Miet- oder Hypothekenzahlungen verwendet? _____

Name des Arbeitgebers: _____

Primärsprache: _____ Dolmetscher erforderlich? _____

Sind die anderen Haushaltsmitglieder einer anderen ethnischen Herkunft als der Antragsteller? Wenn ja, bitte erläutern _____

Name, Telefonnummer und Anschrift einer Person, die Ihnen eine Nachricht überbringen kann: _____

Wer oder welche Agentur hat Sie an ALSC verwiesen? _____

Rechtsproblem – Schildern Sie kurz Ihr rechtliches Problem:
