

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD

La Corporación de Servicios Legales de Alaska [*Alaska Legal Services Corporation (ALSC)*] es una organización privada, sin fines de lucro que provee servicios legales gratuitos a quienes son elegibles. Esta solicitud de evaluación es nuestra forma de completar los tres pasos siguientes:

1. Primero debemos verificar que no tenemos un conflicto de intereses debido a nuestra representación previa o actual de alguna persona relacionada con su caso. Para ello, necesitamos que escriba correctamente su nombre y el nombre de la contraparte.

Si existe un conflicto de intereses, ALSC no podrá ayudarle. Tan pronto como nos sea posible, le informaremos que no podremos proporcionarle cualquier asesoramiento o representación jurídica. Ya que ALSC no podrá ayudarle, intentaremos canalizarle con otra agencia u organización para que le asistan.

2. Después, debemos asegurarnos que usted es elegible económicamente para nuestros servicios.

Se hace una determinación preliminar sobre su elegibilidad económica para nuestros servicios de acuerdo a la información de ingresos y bienes en la solicitud, sujeta más adelante a una evaluación más profunda. Nuestras reglas de elegibilidad económica se basan en los índices federales de pobreza y están disponibles bajo petición.

3. Finalmente, debemos evaluar su caso para ver si su situación cumple con las prioridades de nuestra oficina.

ALSC tiene recursos limitados, por lo que debemos priorizar cuales casos aceptar. Nuestras decisiones de aceptación de casos son guiadas por prioridades establecidas por la oficina local y aprobadas por nuestro consejo directivo. Una copia de nuestras prioridades está disponible bajo petición.

POR FAVOR TENGA PRESENTE QUE EN ESTE MOMENTO NUESTRA OFICINA NO LE ESTÁ REPRESENTANDO Y LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE EN ESTA SOLICITUD NO DEBE CONSIDERARSE PRIVILEGIADA Y EN NINGÚN SENTIDO CREA UNA RELACIÓN DE CLIENTE/ABOGADO ENTRE USTED Y LA CORPORACIÓN DE SERVICIOS LEGALES DE ALASKA

Haremos todo lo posible para hacerle saber si podemos aceptar su caso en un período máximo de **dos semanas** a partir de la fecha en que fue recibida su solicitud. Por favor, háganos saber si usted tiene una situación de emergencia, e intentaremos considerar su solicitud en forma acelerada. *Si usted solicita asistencia legal para un juicio en curso, por favor asegúrese de incluir copias de todos los documentos del tribunal con su solicitud.*

Devuelva la solicitud completa por correo, por correo electrónico como archivo adjunto, fax o en persona a:

FORMULARIO DE
SOLICITUD PARA ALSC

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____
 Otros nombres con los que se le ha conocido, incluyendo su apellido de soltera: _____
 Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Grupo Étnico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Mensaje: _____
 Nombre de su Esposo(a)/Pareja: _____

Número de adultos en el hogar: sólo inclúyase a sí mismo(a), su esposo(a), y/o a su pareja _____
 (NO incluya a otros adultos, como sus padres, hijos adultos, o compañero(a) de vivienda)

Número de niños menores de 18 años: sólo incluya los niños de cuales usted es responsable legalmente _____

Ingreso: mencione el ingreso bruto de todos los miembros del hogar mencionados arriba

| Fuente | Cantidad | por | Intervalo |
|---|----------|-----|-----------|
| ATAP o TANF | | por | |
| Asistencia pública para adultos | | por | |
| Sueldo/Salario | | por | |
| PFD | | por | |
| Pensión Alimenticia/Manutención de niños | | por | |
| Jubilación/ Pensión | | por | |
| Beneficios en efectivo para personas de edad avanzada | | por | |
| Seguro Social | | por | |
| SSI | | por | |
| Desempleo | | por | |
| VA | | por | |
| Worker's comp | | por | |
| Otro | | por | |
| | | por | |

¿Tiene un acuerdo fiduciario con Medicaid? sí no

Miembros del Hogar, sin incluirse usted:

| Nombre | Fecha de Nacimiento |
|--------|---------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Gastos, excepto deudas de tarjetas de crédito:

| Gasto | Cantidad | por | Intervalo |
|----------------------|----------|-----|-----------|
| Renta/Hipoteca | | por | |
| Cuidado de niños | | por | |
| Manutención de niños | | por | |
| Médicos | | por | |
| Gastos de Trabajo | | por | |
| Otro | | por | |
| | | | |

Ingreso total de todas las fuentes en los últimos 12 meses o en el último año calendario: _____

¿Cree que su ingreso va a cambiar (marque uno)? _____ no _____ sí

Si es así, explique: _____

| Bienes: | valor | deuda actual | Bienes | valor | deuda actual |
|----------|-------|--------------|---|-------|--------------|
| Cheques: | | | Casa rodante, cuatrimoto, moto de nieve, esquife: | | |
| Ahorros: | | | terrenos/casa <u>excepto</u> en la cual reside: | | |
| Auto: | | | Otro: _____ | | |

Tipo de caso o pregunta legal: _____

¿Ha tenido contacto con otro abogado? _____ sí _____ no

Nombre de la contraparte: _____

Domicilio de la contraparte: _____

Otros nombres con los que se conoce a la contraparte: _____

Esta información es exacta de acuerdo a mi leal conocimiento: _____

(Firme esta casilla solamente si usted es ciudadano de los EE. UU.)

Soy ciudadano/a de los Estados Unidos: _____

Firma

Fecha

Sus respuestas a estas preguntas **no** afectarán su elegibilidad. Esta información se reúne únicamente con el propósito de recopilación de datos y de servicio.

Veterano/Estatus Militar:

¿Usted ha servido en las fuerzas armadas, incluyendo la Reserva o la Guardia Nacional? _____

¿Está usted Activo en el Servicio Militar? _____ ¿Alguien más en el hogar es veterano? _____

Violencia Doméstica:

¿Ha experimentado violencia doméstica? _____ ¿Este caso involucra VD? _____

¿Cuáles son un número de teléfono y domicilio seguros donde puede ser contactado(a)?

Víctima de Crimen:

¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen, aparte de VD? _____

Discapacidad:

Por favor indique cualquier discapacidad física o mental _____

Necesita algún tipo de alojamiento (ayuda especial) debido a su discapacidad y si es así, por favor díganos lo que usted necesita. _____

Información del Cuidador:

¿Provee usted cuidado sin salario a un familiar adulto o nieto(a) discapacitado? _____

¿Alguien le provee a usted cuidado sin recibir salario? _____

Si es así para cualquiera de las dos, por favor proporcione lo siguiente sobre esa persona:

Nombre

Relación

Fecha de Nacimiento

Vivienda/Otro:

Tipo de vivienda: _____

¿No tiene donde vivir actualmente? _____ ¿Está en riesgo de no tener donde vivir? _____

Si la dirección donde vive es diferente a su dirección de correo, por favor escríbala aquí:

¿Se utiliza su ingreso para pagar la renta o hipoteca? (totalmente o en parte)? _____

Nombre del Empleador: _____

Idioma primario _____ ¿Necesita intérprete? _____

¿Algún miembro de la familia es de origen étnico diferente al solicitante? Si es así, por favor especifique

Nombre, número telefónico, y domicilio de alguien que le pueda hacer llegar a usted un mensaje: _____

¿Quién o cuál agencia le refirió a ALSC? _____

Problema Legal – Describa brevemente su problema legal:

| <p><u>Разрешение на Выдачу Информации</u></p> | <p><u>Authorization to Release Information</u></p> |
|---|--|
| <p>Уважаемый Заявитель, Благодарим Вас за обращение к нам. В связи с тем, что Вы заполнили заявление на языке, отличном от английского, нам будет необходимо выслать его в организацию, находящуюся за пределами Корпорации юридических услуг Аляски, для перевода на английский язык. Если Вы даёте своё согласие на то, чтобы мы отправили Ваше заявление в стороннюю переводческую службу, пожалуйста, поставьте свою подпись ниже. Если Вы не подтвердите своё согласие, наш офис свяжется с Вами, чтобы с помощью переводчика обсудить дальнейшее развитие данного дела. Благодарим Вас, Персонал ALSC.</p> | <p>Dear Applicant, Thank you for applying for services. Because you have filled out your application in a language other than English, we will need to send it to an organization outside of ALSC to be translated into English. If you agree that we can send your application to an outside translation service, please sign below. If you do not agree, our office will contact you with the assistance of an interpreter to discuss this further. Thank you, ALSC Staff</p> |
| <p>Ставя свою подпись ниже, я разрешаю Корпорации юридических услуг Аляски отправить моё заявление в переводческую службу. Это разрешение на выдачу информации потеряет свою силу через три месяца со дня даты подписания данного документа, если не оговорено иначе. Я понимаю, что могу в любой момент отозвать данное заявление.</p> <p>_____</p> <p>Подпись</p> <p>_____</p> <p>Дата</p> <p>_____</p> <p>Ф.И.О.</p> | <p>By signing below, I authorize Alaska Legal Services Corporation (ALSC), to share my application with an outside translation service. This release of information will expire three months from the date below, unless otherwise specified. I understand that I may revoke this release at any time.</p> <p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Date</p> <p>_____</p> <p>Printed Name</p> |