

## 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 \_\_\_\_\_

<b>Ingreso:</b> 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: \_\_\_\_\_

<b>Bienes:</b>	valor	deuda actual	<b>Bienes</b>	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 style="text-align: center;"><b><u>Autorización para la Revelación de Información</u></b></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Authorization to Release Information</u></b></p>
<p>Estimado Solicitante,</p> <p>Le agradecemos por solicitar estos servicios. Debido a que usted ha llenado su solicitud en un idioma que no es inglés, necesitaremos enviar este documento a una organización fuera de ALSC para que sea traducido al inglés. Si usted está de acuerdo que enviemos su solicitud a un servicio de traducción externo, por favor firme abajo. Si usted no está de acuerdo, nuestra oficina se contactará con usted para asistirle con un intérprete y discutir este asunto en forma más detallada.</p> <p style="text-align: center;">Gracias, El personal de ALSC</p> <p>Al firmar en la parte inferior, yo autorizo a la Corporación de Servicios Legales de Alaska (ALSC por sus siglas en inglés), a compartir mi solicitud con un servicio de traducción externo.</p> <p>La presente autorización para la revelación de información expirará en tres meses desde la fecha anotada en la parte inferior, a menos que se especifique lo contrario. Comprendo que puedo revocar este documento en cualquier momento.</p> <p>_____</p> <p>Firma</p> <p>_____</p> <p>Fecha</p> <p>_____</p> <p>Nombre escrito en letra imprenta.</p>	<p>Dear Applicant,</p> <p style="text-align: center;">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.</p> <p style="text-align: center;">Thank you, ALSC Staff</p> <p>By signing below, I authorize Alaska Legal Services Corporation (ALSC), to share my application with an outside translation service.</p> <p>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>Name</p> <p>Date</p> <p>Printed Name</p>