

SOLICITUD DE ASISTENCIA LEGAL

El Proyecto Pro Bono ofrece asistencia legal para procesos civiles para residentes en las siguientes parroquias: Orleans, Jefferson, Plaquemines, St. Bernard, St. Tammany e Washington. No ayudamos con procesos criminales, procesos de emergencia ni procesos de daños personales. Podemos ayudar solamente con una cantidad limitada de procesos civiles que son disputados. No ofrecemos asistencia legal con asuntos involucrando la violencia doméstica; ofrecemos información de otros recursos y servicios de apoyo.

Esta solicitud requiere la información siguiente:

Página 1

- Información sobre usted, el solicitante. Nota: Información de ciudadanía o estatus migratorio se mantendrá confidencial.
- Información sobre la otra parte (el demandado/la parte contraria), que corresponda. Escribe N/C (no corresponde) si la información no corresponde con el asunto legal de usted.
- Información sobre las personas que viven en su hogar que usted mantiene.

Página 2

- Información financiera, que incluye el ingreso mensual de los últimos treinta (30) días. Entregue copias de documentos demostrando sueldo por los últimos treinta (30) días que corresponde con la información en la página dos. **Sin esta información no aceptaremos una solicitud.**
- Conteste las preguntas 1 a 9, que nos permite evaluar su elegibilidad de acceder la asistencia letrada de nuestra oficina.

Página 3

- Lee el Contrato de Asesoría Jurídica del Proyecto Pro Bono. Provee una descripción de su asunto legal en la parte superior de la página, y produce una firma y la fecha en la parte superior e inferior de la página.

Página 4

- Con sus propias palabras, describe los hechos del asunto legal.

CUESTIONARIOS ADICIONALES:

Solicitudes para los siguientes asuntos legales requieren cuestionarios adicionales. Un cuestionario adjunto la solicitud acelerará el procesamiento de la solicitud. Los cuestionarios están disponibles en línea: probono-no.org/how-to-get-help. Entre en contacto con la Coordinadora de Solicitudes (intake@probono-no.org o 504-581-4043) para recibir el determinado cuestionario por correo, correo electrónico o por fax:

Divorcio

Derecho de sucesiones

Testamentos

Quiebra/Deuda de consumidor

Adopciones

Cambiar el nombre de un menor de edad

Poder legal



EXPEDIENTE # (solo para uso de oficina): _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA LEGAL

APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____

SEGUNDO NOMBRE: _____ **SOLICITUD COMPLETADO POR:** _____

DIRECCIÓN: _____ **FECHA DE HOY:** _____

APT. #: _____ **PARROQUIA:** _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

DE CELULAR: _____ **¿PUEDE RECIBIR MENSAJES DE TEXTO?** SÍ NO
(Sí marca SÍ, le enviaremos notificaciones importantes y solicitaremos información por texto. Si la habilidad de recibir textos cambia, tiene una responsabilidad de avisarnos. Tarifas de texto y de datos se podrían aplicar).

DE CASA: _____

DE OTRO TELÉFONO: _____

¿Cuál es la mejor hora de día/día de semana para contactarle? _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ **S.S. #:** _____ **FEC. NAC.:** _____ **RAZA:** _____

SEXO: _____ **PRONOMBRES PREFERIDOS:** _____ **IDIOMA:** _____ **ESTATUS CIVIL:** _____

CIUDADANÍA O ESTATUS MIGRATORIO: CIUDADANO DE LOS EEUA. OTRO

¿VETERANO MILITAR? SÍ NO **¿SERVICIO MILITAR ACTIVO?** SÍ NO

¿COMO SUPO DE NUESTROS SERVICIOS? _____

LA PARTE CONTRARIA: *(Información sobre el demandado / la otra parte / la parte contraria- si hay más de una parte contraria, puede mencionarla en los comentarios en la última página)*

APELLIDO: _____ **NOMBRE DEL ABOGADO:** _____

PRIMER NOMBRE: _____ **EMPLEADOR:** _____

DIRECCIÓN: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **S.S.#:** _____

TEL. DE CASA: _____ **# TEL. DE TRABAJO:** _____ **¿SERVICIO MILITAR ACTIVO?** SÍ NO

DATOS DE HOGAR: *(Todos del hogar quienes usted mantiene y los que contribuyen al ingreso mensual. Marca la casilla de cada persona quien usted declara ser dependiente.)*

FAVOR DE ESCRIBIR NOMBRES, EDADES, FECHAS DE NACIMIENTO Y RELACIÓN FAMILIAR DE CADA UNO AL SOLICITANTE:

	NOMBRE Y RELACIÓN FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	DEPENDIENTE
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6.	_____	_____	<input type="checkbox"/>

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN HOGAR: _____ + **USTED** = _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Incluye fotocopias de documentos que demuestran ingreso mensual de los últimos treinta (30) días y cuya información corresponde con la información que usted escribe abajo (por ejemplo, puede ser copia de talón de pago, carta de concesión de ayuda del Seguro Social, etc.). **Sin esta información no aceptaremos la solicitud.**

EMPLEADOR DEL SOLICITANTE: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____

INGRESO MENSUAL DEL HOGAR ANTES DE LOS IMPUESTOS. FAVOR DE ESCRIBIR EL VALOR DE DÓLARES DE CADA TIPO DE INGRESO:

EMPLEO: \$ _____ DESEMPLEO: \$ _____ BENEFICIOS SOCIALES: \$ _____

MANUTENCIÓN DE MENOR: \$ _____ PENSIÓN ALIMENTÍCA: \$ _____ OTRO: \$ _____

VALES DE DESPENSA: \$ _____ INGRESO DE JUBILADO: \$ _____ SUBSIDIO DE DESEMPLEO: \$ _____

ALQUILER (si usted lo recibe): \$ _____ BENEFICIO DE VETERANO: \$ _____ NINGUNO: \$ _____

INGRESO DE S.S.: \$ _____ INGRESO POR DISCAPACIDAD/DISCAPACIDAD DEL S.S.: \$ _____

¿TIENE UNA CUENTA CORREINTE? SÍ NO SALDO DE LA CUENTA: \$ _____

¿TIENE UNA CUENTA DE AHORRO? SÍ NO SALDO DE LA CUENTA: \$ _____

VALOR DE ACTIVOS: Automóvil: \$ _____ Hogar adicional: \$ _____ Otro activo: _____ Valor: \$ _____

VIVIENDA: Sin techo Propietario de vivienda Alquiler: Privado Alquiler: Sección 8 Otro: _____

COSTO MENSUAL DE VIVIENDA: \$ _____

¿COMO LLEGA AL FIN DE MÉS EN ESTE MOMENTO? _____

1. **Los servicios legales por El Proyecto Pro Bono son gratuitos, pero estará obligado a pagar gastos administrativos y tarifas judiciales** cuyos costos dependen de los tipos de documentos presentados en el tribunal. Los costos de tarifas judiciales empiezan por \$105. ¿Usted comprende que tiene responsabilidad de pagar por los gastos administrativos y tarifas judiciales? SÍ NO
2. **DEMANDANTES ADICIONALES/OTRAS PARTES INVOLUCRADAS** (si corresponde, favor de explicar más detalladamente en los comentarios de la última página): PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO _____
3. **¿Usted u otra persona involucrado en este asunto legal ha contratado un abogado o ha solicitado asistencia por medio de otra agencia legal?** Si es así, ¿qué ocurrió? _____
4. Nombre del abogado o agencia legal: _____ Última fecha de contacto: _____
5. **¿Usted ya recibió algunos documentos procesales sobre este asunto legal?** SÍ NO
Si así es, ¿cuáles documentos recibió? _____
6. **¿En este asunto legal existen algunos determinados plazos o fechas de audiencia?** _____
7. **¿Usted es parte de otro acto procesal en trámite?** SÍ NO
8. **Si así es, ¿cuál es el tipo de proceso legal y donde fue presentado?** _____
9. **¿El asunto legal de usted involucra algún incidente de maltrato físico o de violencia doméstica?** _____

CONTRATO DE REPRESENTACION

Yo, _____, estoy de acuerdo que The Pro Bono Project (PBP) me representará en una posible acción judicial con respecto a lo siguiente: _____

1. Entiendo que el PBP no me representará en cualquier otro asunto, al menos que estemos de acuerdo.
2. Entiendo que el PBP se encargará de mi caso en la medida de lo mejor de sus habilidades y en mis intereses. También entiendo que el PBP no puede garantizar que yo prevaleceré en mi caso.
3. Estoy de acuerdo que el PBP me representará en cualquier procedimiento judicial o administrativo que pueda ser necesario, incluyendo recursos de apelación contra cualquier resolución judicial que, en opinión de los abogados del PBP, debe apelarse.
4. Estoy de acuerdo en cooperar con el PBP en mi representación al:
 - a. no discutir mi caso con la parte adversa sin el conocimiento y el consentimiento del PBP.
 - b. informar al PBP inmediatamente cuando recibo comunicaciones, cartas o escritos relacionados con mi caso
 - c. estar disponible según sea necesario para la realización de entrevistas, reuniones, declaraciones, audiencias o juicios; y
 - d. ponerse en contacto con el PBP si mi número de teléfono cambia, mi dirección cambia, mis ingresos cambian, o si consigo otro abogado para trabajar en mi caso
5. Yo entiendo que si se produce alguna de las siguientes situaciones y yo no le informe al PBP, el PBP puede cerrar mi archivo:
 - a. Un cambio en mi número de teléfono o mi dirección
 - b. Cambio de ingresos
 - c. Recibo documentos judiciales sobre mi caso
 - d. Contrato a otro abogado para trabajar en mi caso

COSTAS, GASTOS Y HONORARIOS DEL ABOGADO

6. El PBP está de acuerdo que proveerá servicios jurídicos gratuitos y sin costo alguno para mí. Si es posible, el PBP puede solicitar los honorarios y gastos a las partes contrarias en mi caso. Estoy de acuerdo en cooperar totalmente con El PBP en solicitar y, por otra parte, buscar honorarios, costos y gastos. El PBP puede procurar someter *in forma pauperis* de mi parte, pero entiendo que, si no prevalece, seré responsable de una parte o todos los gastos y honorarios.

ESTIPULACIONES DE REPRESENTACIÓN

7. Estoy de acuerdo en informar con prontitud Al PBP de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.
8. El PBP no llegará a ningún acuerdo sin antes consultar conmigo o con mis representantes y obtener mi o su aprobación.
9. Entiendo que el PBP se reserva el derecho de retirar su representación por cualquier razón de acuerdo con las obligaciones éticas de las Normas de Conducta Profesional de Luisiana. Ejemplos de razones por las cuales se retira la representación son:
 - a. Una determinación profesional hecha por un abogado que el asunto no debe proseguir
 - b. Una determinación profesional hecha por un abogado que no se debe hacer un recurso de apelación;
 - c. Mi negativa a resolver o descartar un reclamo que el PBP determine es razonable y en mi mejor interés;
10. Mi falta de cooperación dentro de lo razonable como fallar en comunicarme con el PBP como solicitado, acudir a citas, o devolver llamadas. Entiendo que alguien que no es abogado pueda estar trabajando en mi caso bajo la dirección de un abogado.
11. Entiendo que cualquier abogado que trabaja para el PBP, o con el PBP como co-abogado, o cualquiera de sus empleados, puede revisar mi caso, trabajar en mi caso, o asistir a las audiencias con respecto a mi caso.

12. Entiendo que el PBP puede revelar información públicamente sobre mi caso, como mi nombre y la información contenida en documentos públicos en la corte, y a terceros. Yo autorizo al PBP a revelar dicha información pública a la prensa y a otros de cualquier manera por la cual crean pueda avanzar el asunto en mi interés.
13. Estoy de acuerdo en que, en la medida de lo que exija la ley, el PBP puede permitir auditores y representantes de sus donantes el saber mi nombre y ver documentos relacionados a mi caso. Entiendo y estoy de acuerdo que la información sobre mi caso puede ser compartida con otros servicios legales gratuitos o con proveedores de servicios sociales o de salud en la medida necesaria para mi representación.
14. Cuando el PBP ya no me represente en este caso, me devolverá mis papeles originales que les proveí a mi solicitud. También puedo solicitar copias de todas las peticiones, informes, y otros documentos judiciales preparados en mi nombre o recibidos por parte de terceros. En caso de no solicitar estos documentos, pueden ser destruidos después de cinco (5) años con el resto de mi archivo.
15. Un abogado voluntario se puede retirar por sus propias razones personales.

MENSAJES DE TEXTO Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Al dar su consentimiento a la política de mensajes de texto de The Pro Bono Project, usted acepta recibir notificaciones de texto sobre su caso, incluyendo, pero no limitado a: actualizaciones, recordatorios, programación de citas y recordatorios de citas. Las notificaciones de texto enviarán al número telefónico que proporcionó a The Pro Bono Project. La cantidad de mensajes de texto que recibirá variará según su caso.

Usted es responsable de cualquier y todos los cargos, incluyendo, pero no limitado a los honorarios asociados con la mensajería de texto, impuestos por su proveedor de servicios de comunicaciones. Sin embargo, el Proyecto Pro Bono no le cobrará ninguna cuota asociada con el servicio de texto. Si desea darse de baja de la recepción de notificaciones de mensajes de texto, responda con STOP a cualquier mensaje de móvil enviado por nosotros o llámenos al 504-581-4043, ext. 201 para solicitar que desactivemos las notificaciones de mensajes de texto.

En la medida permitida por la ley aplicable, usted acepta que no seremos responsables por la entrega fallida, retrasada o mal dirigida de cualquier información enviada a través del servicio de mensajes de texto de The Pro Bono Project. A este servicio de mensaje de texto le aplica los Términos y Condiciones de The Pro Bono Project, así como la Política de Privacidad de The Pro Bono Project <http://probono-no.org/overview>.

PRACTICA EN CONTRA DE DISCRIMINACION Y HOSTIGAMIENTO

El Pro Bono Project prohíbe toda discriminación, incluyendo cualquier forma de acoso sexual, de cualquier empleado, solicitante calificado para empleo, y/o cliente debido a su raza, origen nacional, religión, sexo, embarazo, discapacidad, orientación sexual o edad. Tratamos a todo el personal y clientes con respeto. Esperamos que nuestros clientes traten al personal y a los voluntarios con el mismo respeto. Al aceptar nuestra representación de su caso, ampliamos esta práctica en contra de discriminación y hostigamiento a usted y nos reservamos el derecho a denegar nuestros servicios a cualquier persona que dirija lenguaje o comportamiento agresivo o irrespetuoso a cualquiera de nuestro personal o voluntarios.

ACEPTO EL ACUERDO SEGÚN LO ESTABLECIDO ANTERIORMENTE

(FIRMA DEL CLIENTE)

(FECHA)

