



CASE# _____
(office use)

THE PRO BONO PROJECT – APLICACIÓN INICIAL

APPELIDO: _____

NOMBRE: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

FORMULARIO LLENADO POR: _____

DIRRECCIÓN: _____

FECHA: _____

APT. #: _____

PARISH: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____ ZIP: _____

OTRA DIRECCION: _____

TELÉFONO: _____ DE TRABAJO: _____ OTRO: _____

S.S.#: _____ NACIDO: ____/____/____ RAZA: _____ SEXO: _____

NACIONALIDAD: _____ ETNICIDAD: _____ LENGUA(S): _____

CIUDADANO EE.UU

EXTRANJERO CALIFICADO ESTADO CIVIL: _____

NO CALIFICADO

VETERANO? Sí No

SERVICIO ACTIVO MILITAR? Sí No

¿COMO SUPO DE NUESTRA ORGANIZACIÓN? _____

PARTE CONTRARIO *(si aplicable)*

PARTE CONTRARIA (NOMBRE): _____ ABOGADO: _____

PARTE CONTRARIA (APELLIDO): _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ RESIDENCIAL #: _____ TRABAJO _____

S.S. #: _____

PARTE CONTRARIA- NACIDO: ____/____/____ ETNICIDAD: _____ SEXO: ____ SERVICIO ACTIVO MILITAR? Sí No

FAMILIA

NUMERO DE INDIVIDUOS EN SU CASA FAMILIAR: _____

FAVOR DE ENUMERAR NOMBRES, EDADES, FDN, Y PARENTESCO CON EL CLIENTE (CARGAS FAMILIARES)

NOMBRE Y PARENTESCO		FDN	NOMBRE Y PARANTESCO		FDN
1.	_____	____/____/____	4.	_____	____/____/____
2.	_____	____/____/____	5.	_____	____/____/____
3.	_____	____/____/____	6.	_____	____/____/____

OTROS DEMANDANTES/PARTES INCLUIDOS: APELLIDO: _____ NOMBRE _____

S.S.#: _____

PARENTEZCO: _____

FINANCIAL

EMPLEADOR DEL CLIENTE: _____ TELE. DE TRABAJO: _____

INGRESO MENSUAL DE CASA FAMILIAR ANTES DE IMPUESTOS: POR FAVOR LLENA LA CANTIDAD DE CADA FUENTE

DE TRABAJO: \$ _____ DE SUBSIDIO DE DESEMPLEO: \$ _____ DE S.S.: \$ _____
DE SOSTENIMIENTO DE LOS HIJOS: \$ _____ DE SSI: \$ _____ DE BENEFICIOS SOCIALES: \$ _____
DE VALES DE COMIDA: \$ _____ DE PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ _____ DO OTRO: \$ _____
DE ALQUILO (Recibido): \$ _____

¿TIENE USTED SEGUROS DE SALUD PARA SUS HIJOS? Sí No

¿TIENE USTED UNA CUENTA DE CHEQUES? Sí No DE AHORROS? Sí No

SALDO: DE CHEQUES: \$ _____ DE AHORROS: \$ _____

DOMICILIO: SIN VIVIENDA DUEÑO ALQUILO: PRIVADO ALQUILER: PÚBLICO ALQUILER: SECTION 8
 OTRO: _____

GASTOS MENSUALES: \$ _____ ALQUILER POR CUPÓN GAS POR CUPÓN ELEC. POR CUPÓN
 ELECTRICIDAD Y GAS INCLUIDOS

VALOR DE BIENES: (Generalmente, una casa y un auto es exento.)

AUTOS ADICIONALES: \$ _____

CASA SEGUNDA: \$ _____ USO (vacación, inversión?): _____ Cantidad de ingresos: \$ _____

OTROS BIENES: \$ _____ QUÉ ES EL BIEN?: _____

¿ACTUALMENTE, CÓMO SE MANTIENE USTED SIN INGRESOS NI AHORROS? _____

1. ¿Ha pedido usted, o un conocido implicado en el asunto, la ayuda de otro abogado o agencia? ¿con qué resultado? _____

Nombre del abogado _____ Fecha _____

2. ¿Al USTED se le ha presentado alguna notificación judicial? Sí No

3. ¿Hay alguna fecha importante que se acerca? _____

4. ¿Usted sabe que es responsable por los costos del tribunal? Sí No

5. ¿Usted tiene otros casos legales pendientes? Sí No ¿Si la respuesta es sí, que tipo de caso es, y quien le esta representando? _____

6. ¿Usted tiene algunas necesidades especiales como transporte, etc.? _____

Contrato de Representación

Yo, _____, estoy de acuerdo que The Pro Bono Project (PBP) me representará en un posible acción judicial con respecto al 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 mi caso al mejor de sus habilidades y en mis intereses. También entiendo que el PBP no puede garantizar que yo prevalecerá en mi caso.
3. Estoy de acuerdo que el PBP me representará en cualquier procedimiento judicial o administrativo que puede ser necesaria, incluyendo recursos de apelación contra cualquier resolución judicial que, en opinión de los abogados de la PBP, debe apelarse.
4. Estoy de acuerdo en cooperar con el PBP en mi representatción por:
 - a. no discutir mi caso con la parte adversa sin el conocimiento y el consentimiento del PBP.
 - b. informar a la PBP inmediatamente cuando recibo comunicaciones, cartas o escritos relacionados con mi caso
 - c. estar disponibles como necesario para la realización de entrevistas, reuniones, declaraciones, audiencias o juicios; y
 - d. ponerse en contacto con el PBP si mi número de teléfono cambie, mi dirección cambie, mis ingresos cambien, o si consiga 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. Mi número de teléfono o mi dirección cambia
 - b. Mis ingresos cambian
 - 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 de los partes contrarios en mi caso. Consiento en cooperar totalmente con El PBP en sollicitación y, por otra parte, busca de honorarios, costas y gastos. El PBP puede procurar archivar *in forma pauperis* de mi parte, pero entiendo que si no prevalezco, seré responsable de una parte o todos los gastos y honorarios.

ESTIPULACIONES DE REPRESENTACIÓN

7. Estoy de acuerdo en informar con prontitud EL PBP de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.
8. El PBP no llegará ningun acuerdo sin antes de consultar conmigo o con mis representantes y obtener mi o su aprobación.
9. Entiendo que el PBP se reserva el derecho de retirar de representarme por cualquier razón de acuerdo a las obligaciones éticas de la Luisiana Normas de Conducta Profesional. Ejemplos de razones para retirar la representación son:
 - a. Una determinación profesional hecha por un abogado que el asunto no debería ser perseguidos
 - b. Una determinación profesional hecha por un abogado que no se debe hacer un recurso de apelación;
 - c. Mi negativa a resolver o despedir mi reclamo que determina el PBP es razonable y en mi mejor interés;
 - d. Mi falta de cooperación razonable como fallar de comunicarse con el PBP como solicitado, acudir citas, o devolver llamados.
10. Entiendo que un no-abogado puede estar trabajando en mi caso bajo la dirección de un abogado.
11. Entiendo que cualquier abogado que trabaja para la PBP, o con el PBP como co-abogado, o cualquiera de sus empleados, puede revisar mi caso, trabajo en mi caso, o asistir a las audiencias con respecto a mi caso.
12. Entiendo que el PBP puede reveler públicamente información sobre mi caso, como mi nombre y la información contenida en documentos públicos el el tribunal, a terceros. Yo autorizo el PBP a reveler dicha información pública a la prensa y a otros de cualquier manera por el que se creen podría avanzar en mi interés.
13. Estoy de acuerdo en que, en la medida en que lo exija la ley, el PBP puede permitir auditors y representantes de sus donantes saben 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, devolverá mis papeles originales que proveí al PBP a mi solicitud. También puedo solicitar copias de todas las peticiones, informes, y otros documentos judiciales preparados de mi parte o recibidos de terceros. En caso de no solicitar estos documentos, puede ser destruidos después de cinco (5) años con el resto de mi archivo.

ADENDA DEL PROGRAMA DE ACUERDO DE DEEPWATER HORIZON

15. Entiendo que el PBP tine un acuerdo con el Deep Horizon Settlement Program (DHSP) para ofrecer asistencia juridical gratuita a los reclamantes que lo soliciten. La financiación de este programa provienen de la DHSP, cuyos gastos administrativos son pagados por PA. Sin embargo, el PBP no tiene ninguna otra conexión al DHSP o BP. Entiendo que la financiación no afecta el consejo que cualquier abogado en el PBP me da. Ni el DHSP ni BP interferirán con el juico independiente y profesional de los abogados del PBP.

ACEPTO EL ACUERDO COMO ES ADELANTE.

Nombre

3

Fecha

POR FAVOR EXPLIQUE LOS HECHOS RELACIONADOS CON SUS CUESTIONES JURÍDICAS

Por favor devuelva a **The Pro Bono Project**

CORREO: 615 Baronne Street, Suite 203, New Orleans, LA 70113

FAX: (504) 566-0518

EMAIL: intake@probono-no.org

Para cualquier duda, llame (504) 581-4043.