



CASE# _____
(office use)

THE PRO BONO PROJECT – APLICACIÓN INICIAL

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____ FORMULARIO LLENADO POR: _____

DIRRECCIÓN: _____ FECHA: _____

DE APT: _____ PARISH: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

OTRA DIRECCION: _____

TELÉFONO: _____ DE TRABAJO: _____ OTRO: _____

DE S.S.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ RAZA: _____ SEXO: _____

NACIONALIDAD: _____ ETNICIDAD: _____ IDIOMA(S): _____

CIUDADANO EE.UU

EXTRANJERO CALIFICADO ESTADO CIVIL: _____

NO CALIFICADO

VETERANO? Sí No

SERVICIO MILITAR ACTIVO? Sí No

¿COMO SUPO DE NUESTRA ORGANIZACIÓN? _____

PARTE CONTRARIA (El Demandado/ la parte contraria/ si hay más de una parte contraria, enumérelas en la sección de comentarios)

PARTE CONTRARIA (NOMBRE): _____ ABOGADO: _____

PARTE CONTRARIA (APELLIDO): _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ # RESIDENCIAL: _____ TRABAJO _____

_____ # DE S.S.: _____

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

FAMILIA

NUMERO DE INDIVIDUOS EN SU CASA FAMILIAR: _____

FAVOR DE ENUMERAR NOMBRES, EDADES, FDN, Y PARENTESCO CON EL CLIENTE

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

OTROS DEMANDANTES/PARTES INCLUIDOS: APELLIDO: _____ NOMBRE _____

S.S.#: _____ PARENTEZCO: _____

FINANZAS TODAS LAS SOLICITUDES DE SERVICIOS LEGALES DEBEN INCLUIR PRUEBA DE INGRESOS. ESTO ES OBLIGATORIO. SU APLICACIÓN SE RETRASARA SIGNIFICATIVAMENTE AL NO INCLUIRLOS.

EMPLEADOR DEL CLIENTE: _____ TELEF. DE TRABAJO: _____

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

DE TRABAJO: \$ _____ DE SUBSIDIO DE DESEMPLEO: \$ _____ DE S.S.: \$ _____

DE MANUTENCION DE LOS HIJOS: \$ _____ DE SSI: \$ _____ DE BENEFICIOS SOCIALES: \$ _____

DE VALES DE COMIDA: \$ _____ DE PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ _____ DE OTRO: \$ _____

DE RENTA (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 RENTA: PRIVADA RENTA: PÚBLICA RENTA: SECCION 8
 OTRO: _____

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

VALOR DE BIENES: (Generalmente, una casa y un auto están exentos.)

AUTOS ADICIONALES: \$ _____

SEGUNDA CASA: \$ _____ USO (vacación, renta, 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. ¿Se le ha presentado a USTED alguna notificación judicial? Sí No

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

4. ¿Entiende que usted 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 está 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 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 a 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;
 - d. Mi falta de cooperación dentro de lo razonable como fallar en comunicarme con el PBP como solicitado, acudir a citas, o devolver llamadas.
10. 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.

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.

Nombre

3

Fecha

