



## Cómo obtener ayuda – Solicitud de servicio

Siga los siguientes pasos

El Proyecto Pro Bono le Brinda sus servicios a los siguientes Parishes: Orleans, Jefferson, Plaquemines, St. Bernard, St. Tammany, y Washington. Requerimos información de sus ingresos para determinar su elegibilidad para nuestros servicios.

Ver solicitud más adelante. Complete la solicitud en su totalidad (llámenos si tiene alguna pregunta.) Requerimos que nos demuestre evidencia de sus ingresos mensuales . Traiga copias de su evidencia de ingresos mensuales (SSI award letters; tarjeta de cupones de alimentos; dos check stubs bisemanales; cuatro check stubs semanales; carta de la pensión; etc.) . Nunca entregue documentos originales.

Puede enviarnos su solicitud completa:

Via mail (Por correo):

The Pro Bono Project  
Attn: Intake Coordinator  
935 Gravier Street, Suite 1340  
New Orleans, LA 70112

Por correo electrónico tras escanear su solicitud o tras una foto de BUENA calidad de su solicitud – haga un click en lo siguiente – The Pro Bono Project o envíenoslo a [intake@probono-no.org](mailto:intake@probono-no.org)

Via fax (Por fax):  
504-566-0518

¿Alguna otra pregunta? Llámenos al 504.581.4043. Todas las solicitudes serán procesadas en el orden en que fueron sometidas. Nos comunicaremos con usted para discutir los siguientes pasos.

Solicitudes

Toda información deberá ser completada, o no podremos procesar su solicitud. Requerimos que incluya evidencia de sus ingresos al solicitar nuestra asistencia.



CASE# \_\_\_\_\_  
(office use)

## EL PROYECTO PRO BONO – SOLICITUD INICIAL

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ FORMULARIO LLENADO POR: \_\_\_\_\_  
 DIRRECCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 APT. #: \_\_\_\_\_ PARISH: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
 OTRA DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MOVIL: \_\_\_\_\_ DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

S.S.#: \_\_\_\_\_ NACIDO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ ETNICIDAD: \_\_\_\_\_ IDIOMA(S): \_\_\_\_\_  
 CIUDADANO EE.UU  EXTRANJERO CALIFICADO  NO CALIFICADO  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 ¿VETERANO?  Sí  No ¿SERVICIO ACTIVO MILITAR?  Sí  No

¿COMO SUPO DE NUESTRA ORGANIZACIÓN? \_\_\_\_\_

### PARTE CONTRARIA (si aplica)

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: \_\_\_\_\_ + Usted mismo = \_\_\_\_\_

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.#: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

**FINANCIAS:** Todas las solicitudes de servicio legal deben incluir SSI award letter, copias de paystubs, o algún otro documento de ingresos adicionales. Esto es mandatorio. De no incluirse, su solicitud se retrasará significativamente.

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.: \$ \_\_\_\_\_

Por manutención del menor : \$ \_\_\_\_\_ 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? o Sí o No

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

¿DE AHORROS? o Sí o No

SALDO: DE CHEQUES: \$ \_\_\_\_\_ DE AHORROS: \$ \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:**  SIN VIVIENDA  DUEÑO  ALQUILER: 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, el valor de una casa y un auto es excluido.)

AUTOS ADICIONALES: \$ \_\_\_\_\_

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

OTROS BIENES: \$ \_\_\_\_\_ ¿CUAL 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. ¿A USTED se le ha presentado alguna notificación judicial? o Sí o No
3. ¿Hay alguna fecha importante que se acerca? \_\_\_\_\_
4. ¿Usted sabe que es responsable por los costos del tribunal? o Sí o No
5. ¿Usted tiene otros casos legales pendientes? o Sí o No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de caso es, y quien lo/la está representando? \_\_\_\_\_
6. ¿Usted tiene algunas necesidades especiales como transporte, etc.? \_\_\_\_\_

## Contrato de Representación

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y doy permiso para que The Pro Bono Project (PBP) me represente 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 mi caso utilizando lo mejor de sus habilidades y en mis intereses. También entiendo que el PBP no puede garantizar que yo prevalecerá en mi caso.
3. Entiendo que el PBP me representará en cualquier procedimiento judicial o administrativo que puede ser necesaria, incluyendo recursos de apelación contra cualquier resolución judicial que, tras la opinión de los abogados del PBP, debe apelarse.
4. Entiendo que debo cooperar con el PBP en mi representación y acepto:
  - a. no discutir mi caso con la parte adversa sin el conocimiento y el consentimiento del PBP.
  - b. informar al PBP inmediatamente si 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. ponerme en contacto con el PBP si mi número de teléfono cambia, mi dirección cambia, mis ingresos cambian, o si consigo otro abogado para representarme en mi caso
5. Yo entiendo que si surge alguna de las siguientes situaciones y yo no le informo 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 representarme en mi caso

### COSTOS, GASTOS Y HONORARIOS DEL ABOGADO

6. El PBP acepta proveer 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 solicitud 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. Entiendo que debo 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 consultarlo conmigo o con mis representantes y obtener mi o su aprobación.
9. Entiendo que el PBP se reserva el derecho de retirar sus servicios de representación por cualquier razón de acuerdo a las obligaciones éticas de las Normas de Conducta Profesional de Luisiana. Ejemplos de razones para retirar la representación son:
  - a. Una determinación profesional hecha por un abogado que el asunto no debería proseguir;
  - b. Una determinación profesional hecha por un abogado que no se debe hacer un recurso de apelación;
  - c. Mi negación 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 en comunicarme con el PBP como solicitado, acudir citas, o devolver llamadas.
10. Entiendo que alguien que no es un abogado puede 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 públicamente información sobre mi caso, como mi nombre y la información contenida en documentos públicos el tribunal, y a terceros. Yo autorizo el PBP a revelar dicha información pública a la prensa y a otros de cualquier manera, siempre y cuando crean que podría ayudar mi interés.
13. Entiendo que, de la medida que lo exija la ley, el PBP puede permitir que los auditores y representantes de sus donantes conozcan mi nombre y puedan ver los 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 de 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 través de mi solicitud. También puedo solicitar copias de todas las peticiones, informes, y otros documentos judiciales preparados bajo mi nombre o recibidos por terceros. En caso de no solicitar estos documentos, puede ser destruidos después de cinco (5) años con el resto de mi archivo.
15. Entiendo que un abogado voluntario se puede retirar del caso por razones personales.

### PÓLIZA EN CONTRA DE LA DISCRIMINACIÓN Y EL 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 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 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 reservamos el derecho a denegar el servicio a cualquier persona que dirija lenguaje o comportamiento agresivo o irrespetuoso hacia cualquiera de nuestro personal o voluntarios.

**ACEPTO EL ACUERDO TAL COMO HA SIDO REDACTADO.**

\_\_\_\_\_  
Firma

4

\_\_\_\_\_  
Fecha

