

El Proyecto Pro Bono provee asistencia legal civil para los residentes de las siguientes parroquias: **Orleans, Jefferson, Plaquemines, St. Bernard, St. Tammany y Washington**. No ayudamos con casos criminales, casos de emergencia ni casos de lesiones personales, y solo podemos encargarnos de una cantidad limitada de casos civiles disputados. No podemos ayudar con asuntos implicando la violencia doméstica. Si no podemos ayudarle con su caso, proporcionaremos información de otros recursos y servicios de apoyo.

Esta solicitud requiere la siguiente información:

Página 2:

- ✓ **Información sobre usted, el/la solicitante.** Nota: Información de ciudadanía o estatus migratorio se mantendrá confidencial.
- ✓ **Información sobre la otra parte (el demandado/la parte contraria), que corresponda.** Escriba 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 financieramente.**

Página 3:

- ✓ **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 se puede procesar su solicitud.
- ✓ **Responda las preguntas 1 a 9**, que nos permite evaluar su elegibilidad de acceder a los servicios legales.

Página 4-5:

- ✓ **Lea el Contrato de Asesoría Jurídica del Proyecto Pro Bono.** Provea una descripción de su asunto legal en la parte superior de la página, y firme con la fecha en la parte superior e inferior de la página.

Página 6:

- ✓ **Con sus propias palabras, describa los hechos del asunto legal**

CUESTIONARIOS ADICIONALES:

Las solicitudes para los siguientes asuntos legales requieren cuestionarios adicionales. Enviando un cuestionario adjunto a la solicitud acelerará el procesamiento de la aplicación. Los cuestionarios están disponibles en línea: probono-no.org/how-to-get-help. Póngase 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:

Adopciones

Poder notarial

Sucesiones

Quiebra/Deuda de consumidor

Divorcio

Testamentos

Incumplimiento de contrato

Cambio de nombre

Los residentes de las parroquias de **St. Tammany y Washington** pueden contactarse con nuestra oficina de Covington en 810 N. Columbia Street, Ste. A, Covington, LA 70433. Llame a (985) 236-1384 o envíe un correo electrónico a intake@probono-no.org.

APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____
SEGUNDO NOMBRE: _____ **SOLICITUD COMPLETADA POR:** _____
ADDRESS: _____ **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: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ **S.S. (LOS ULTIMOS 4 DIGITOS) #** _____ **FEC. NAC.:** _____
RAZA: _____ **SEXO:** _____ **PRONOMBRES:** _____ **IDIOMA:** _____ **ESTATUS CIVIL:** _____
CIUDADANÍA O ESTATUS MIGRATORIO: Ciudadano de los EEUA Residente Permanente Legal Otro
¿VETERANO MILITAR? SÍ NO **¿SERVICIO MILITAR ACTIVO?** SÍ NO **¿DISCAPACITADO(A)?** 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: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____ **FEC. NAC.:** _____ **SSN (LAST 4):** _____
DIRECCIÓN: _____ **# DE CASA:** _____ **# DE TRABAJO:** _____
NOMBRE DEL ABOGADO: _____ **EMPLEADOR:** _____ **¿SERVICIO MILITAR ACTIVO?** SÍ NO

DATOS DE HOGAR:

Todos del hogar a quienes usted mantiene y los que contribuyen al ingreso mensual. Marca la casilla de cada persona quien usted declara ser dependiente en su declaración de impuestos.

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

NOMBRE Y RELACION FAMILIAR	FEC. NAC.	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 EL HOGAR QUE MANTIENE*: _____ **+ USTED =** _____

Si hay miembros adicionales del hogar que mantiene, por favor alístelos en la última página.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Incluya fotocopias de documentos que demuestren su ingreso mensual de los últimos treinta (30) días y cuya información coincida con lo escrito en esta sección (por ejemplo, copias de talones de pago, carta de concesión de ayuda del Seguro Social, etc.). **Sin esta información no se procesara su solicitud.**

EMPLEADOR DEL SOLICIANTE: _____ 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	\$	INGRESO DE S.S.	\$
MANUTENCIÓN DE MENOR	\$	PENSIÓN ALIMENTÍCA	\$	CUPONES DE COMIDA	\$
RENTA (si usted la recibe)	\$	INGRESO DE JUBILADO	\$	COMPENSACION POR ACCIDENTE	\$
BENEFICIO DE VETERANO	\$	DISCAPACIDAD DEL S.S.	\$	OTRO	\$

¿TIENE UNA CUENTA CORRIENTE? 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(a) de vivienda Arrendatario: Privado Arrendatario: Sección 8 Otro: _____

COSTO MENSUAL DE VIVIENDA: \$ _____

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

Los servicios legales por El Proyecto Pro Bono son gratuitos, pero puede estar requerido a pagar los gastos administrativos y tarifas judiciales dependiendo del tipo de documentos siendo archivados 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

OTRAS PARTES INVOLUCRADAS: PRIMER NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

1. ¿Usted u otra persona involucrada en este asunto legal ha contratado un abogado o ha solicitado asistencia por medio de otra agencia legal? SÍ NO

Si indica que sí, ¿qué ocurrió? _____

Nombre del abogado o agencia legal: _____ Última fecha de contacto: _____

2. ¿Usted ya recibió algunos documentos procesales sobre este asunto legal? SÍ NO

Si indica que sí, ¿cuáles documentos recibió y cuándo? _____

3. ¿En este asunto legal existen algunos determinados plazos o fechas de audiencia? SÍ NO

4. ¿Usted es parte de otro caso legal pendiente? SÍ NO

Si indica que sí, ¿cuál es el tipo de proceso legal y donde fue presentado? _____

5. ¿El asunto legal de usted implica algún incidente de maltrato físico o de violencia doméstica? SÍ NO

CONTRATO DE REPRESENTACION

Yo, _____, acepto que El Proyecto Pro Bono (PBP) me representará en una posible demanda con respecto a lo siguiente: _____

- ❖ Entiendo que el PBP no me representará en ningún otro asunto, al menos que yo y el PBP estemos de acuerdo.
- ❖ Entiendo que el PBP se encargará de mi caso con sus mejores habilidades y en mis mejores intereses. También entiendo que el PBP no puede garantizar que yo prevaleceré en mi caso.
- ❖ Acepto que el PBP me representará en cualquier procedimiento judicial o administrativo que pueda ser necesario, incluyendo apelaciones de cualquier resolución judicial que, en opinión de los abogados del PBP, debería apelarse.
- ❖ Consiento en cooperar con el PBP en mi representación al:
 - no discutir mi caso con la parte adversa sin el conocimiento y el consentimiento del PBP.
 - informar al PBP inmediatamente cuando recibo comunicaciones, cartas o escritos relacionados con mi caso
 - estar disponible cuando sea necesario para entrevistas, reuniones, declaraciones, audiencias o juicios; y
 - ponerme a mí mismo(a) en contacto con el PBP si mi número de teléfono o dirección cambia, mis ingresos cambian, o si consigo otro abogado para que trabaje en mi caso
- ❖ Yo entiendo que si ocurre alguna de las siguientes situaciones y yo no le informo al PBP, el PBP puede cerrar mi archivo:
 - Un cambio de mi número de teléfono o mi dirección
 - Un cambio de ingresos
 - Recibo documentos judiciales sobre mi caso
 - Contrato a otro abogado para que trabaje en mi caso

COSTOS Y HONORARIOS DEL ABOGADO

- ❖ El PBP acepta que proveerá servicios jurídicos gratuitos y sin ningún costo para mí. Sin embargo, entiendo y acepto que soy responsable de pagar cualquier costo de corte, gasto administrativo, u otro costo relacionado con mi caso.
 - En algunos casos, al PBP se le puede permitir por ley buscar honorarios, costos, y gastos de las partes opositoras, y si el PBP lo hace, acepto cooperar totalmente con el PBP.
 - Entiendo que normalmente, la corte requiere que yo pague los costos judiciales y los honorarios en el momento de presentar mis alegatos, pero, en algunos casos, estoy permitido(a) por ley pedir el permiso de la corte para proceder *in forma pauperis*. Entiendo que, si la corte otorga mi solicitud, puedo esperar hasta el final del caso para pagar cualquier costo o honorario que la corte me ordena que yo pague. Además, entiendo que, si mi solicitud no se otorga, debo pagar los costos judiciales y honorarios en el momento en que se presente cualquier formulario por mi en el registro de la corte.

TERMINOS DE REPRESENTACION

- ❖ Acepto informar con prontitud al PBP de cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.
- ❖ El PBP no llegará a ningún acuerdo sin consultarme primero o a mis representantes y obtener mi aprobación o la de ellos.
- ❖ Entiendo que el PBP se reserva el derecho de retirar de representarme 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:
 - Una determinación profesional hecha por un abogado que el asunto no se debe proseguir
 - Una determinación profesional hecha por un abogado que no se debe hacer un recurso de apelación;
 - Mi negativa a resolver o descartar un reclamo que el PBP determine es razonable y en mi mejor interés;
 - Mi falta de cooperación razonable como fallar en comunicarme con el PBP según lo solicitado, acudir a citas, o devolver llamadas telefónicas.
- ❖ Entiendo que alguien que no es abogado pueda trabajar en mi caso bajo la dirección de un abogado.
- ❖ 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.
- ❖ 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 terceras partes. Yo autorizo al PBP a revelar dicha información pública a la prensa y a otros que de cualquier manera crean que podría hacer progreso en mi interés.

- ❖ Consiento en que, en la medida requerida por la ley, el PBP pueda permitir auditores y representantes de sus donantes el saber mi nombre y ver documentos relacionados con mi caso. Entiendo y acepto que la información sobre mi caso puede ser compartida con otros proveedores de servicios legales gratuitos o con proveedores de servicios sociales o de salud en la medida necesaria para mi representación.
- ❖ Cuando el PBP ya no me represente en este caso, me devolverá mis papeles originales que les proporcione en mi solicitud. También puedo solicitar copias de todas las peticiones, informes, y otros documentos legales preparados en mi nombre o recibidos por parte de terceros. En caso de que yo no solicite estos documentos, pueden ser destruidos después de cinco (5) años con el resto de mi archivo.
- ❖ 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 serán enviadas al número telefónico que proporcionó al Proyecto Pro Bono. La cantidad de mensajes de texto que recibirá variará dependiendo de 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 cancelar la suscripción de recibir notificaciones de mensajes de texto, responda con STOP a cualquier mensaje de móvil enviado por nosotros o llámenos al 504-581-4043, ext. 205 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 aplican los Términos y Condiciones de The Pro Bono Project, así como la Política de Privacidad del Proyecto Pro Bono <http://probono-no.org/overview>.

POLITICA ANTIDISCRIMINATORIA Y ANTI-ACOSO

El Proyecto Pro Bono 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, extendemos esta política antidiscriminatoria y anti-acoso a usted y nos reservamos el derecho de negar 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

