

ASISTENCIA LEGAL RURAL DE CALIFORNIA, INC.

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

IMPORTANTE – FAVOR DE LEER

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si usted reúne los requisitos para recibir nuestra asistencia y nos servirán para aconsejarle acerca de su problema legal. La información que nos proporcione es estrictamente confidencial. Después de hablar con usted sobre su problema, le comunicaremos si podemos ayudarle de alguna manera, referirla a otras agencias para ayuda o representarla como sus abogadxs.

Case Number: _____

☐ Telephone ☐ In-Person

Date: _____

Screener: _____ Advocate: _____

Problem Code: _____

Funding Code: LSC / IOLTA / OTHER

Language: Eng / Span / Other: _____

Closed: _____

NOMBRE _____ Fecha de nacimiento _____

CÓNYUGE/PAREJA _____ Fecha de nacimiento _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

Si usted se muda a menudo o tiene otro domicilio, favor de escribirlo en la parte superior de la página 2 de este formulario.

TELÉFONO _____ TELÉFONO DE MENSAJE _____ # de adultxs en el hogar ____ # de niñxs (menores de 18) ____

Correo electrónico: _____ GÉNERO (marque uno): Hombre ____ Mujer ____ No-binario ____
¿Se identifica como transgénero? SÍ / NO (marque uno)

ME CONSIDERO: (marque todos los que apliquen)

Heterosexual ____ Bisexual ____ Gay ____ Lesbiana ____ Otrx ____ Prefiero no responder ____

ME CONSIDERO (Marque uno) Latinx/Hispanx ____ No Latinx/Hispanx ____ Indígena ____ Prefiero no responder ____

ME CONSIDERO (Marque todos los que apliquen) Nativx Americanx/Nativx de Alaska ____ Asiáticx ____

Negrx/Afroamericanx ____ Isleñx del Pacífico ____ Blancx ____ Otrx ____ Prefiero no responder ____

¿Qué lengua prefiere usar para comunicarse con CRLA? _____

Ciudadanxs de los EE.UU. -- Favor de firmar:

SOY CIUDADANX DE LOS ESTADOS UNIDOS. Firma: _____ Fecha: _____

Ingreso mensual bruto familiar

	USTED	OTRXS
1. Ingreso del empleo.....	\$ _____	\$ _____
2. TANF/CalWORKS.....	\$ _____	\$ _____
3. SSI.....	\$ _____	\$ _____
4. Beneficios del Seguro Social.....	\$ _____	\$ _____
5. Manutención de hijxs o cónyuge.....	\$ _____	\$ _____
6. Desempleo o discapacidad del estado.	\$ _____	\$ _____
7. Compensación de trabajadorx.....	\$ _____	\$ _____
8. Pensión.....	\$ _____	\$ _____
9. Otro.....	\$ _____	\$ _____

Ingreso mensual bruto total..... \$ _____

¿CREE USTED QUE SU INGRESO CAMBIARÁ SIGNIFICATIVAMENTE PRONTO?

SÍ / NO Si indicó que sí, ¿cómo cambiará? _____

Recibo Asistencia General ☐ Recibo cupones para alimentos ☐

¿Hay violencia intrafamiliar en el hogar? SÍ / No

¿Alguien del hogar es veteranx? SÍ / No

¿Alguien del hogar tiene discapacidad? SÍ / No

¿Es usted unx trabajadorx agrícola? SÍ / No

¿Es usted indígena? SÍ / No

LSC 125% = \$ _____

LSC 200% = \$ _____

Supplemental Intake Attached _____

Telephone Intake only:

____ US Citizen ____ 1626 Eligible

DESCRIBA SU PROBLEMA: _____

NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE CAUSAN EL PROBLEMA: _____

Certifico que la información que he dado es verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio adicional: _____

Número de teléfono adicional: _____

Nombre de su empleadorx: _____

Dirección: _____

ACTIVOS

Activos del hogar

Escriba cero o una cantidad en cada renglón

Cuentas bancarias..... \$ _____
Incluir las cuentas de cheques y ahorros.

Patrimonio neto en bienes inmuebles (incluir terreno baldío)
No incluir el valor de la casa donde usted vive actualmente. \$ _____

Acciones, bonos o IRAs..... \$ _____

Otros activos..... \$ _____

Activos totales del hogar \$ _____

Para el uso del personal de CRLA –
No escriba en esta casilla.

Possible Authorized Exceptions*

- ☐ Seasonal variations in income
- ☐ Unreimbursed medical expenses
- ☐ Fixed debts or obligations
- ☐ Employment-related expenses
- ☐ Non-medical expenses associated with age/disability
- ☐ Current tax payments

***Supplemental Intake Required.**
See CRLA Financial Eligibility Policy

☐ Perderé beneficios públicos o de bienestar si se me niega ayuda legal. Cantidad \$ _____

☐ Perderé dinero o ingresos si se me niega ayuda legal. Cantidad \$ _____

☐ Otros daños que sufriré si se me niega ayuda legal: _____

Para el uso del personal de CRLA – NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA

1626 Eligible _____

Title of Document

Number of Document

Date of Expiration

Name if different from above

☐ U VISA victim of crime

☐ T Visa

☐ VAWA

(Victim dom viol or other crime)

(Victim of trafficking)

(Victim of domestic violence)

Information Collector Signature _____

Date _____

- ☐ Client is eligible and accepted for limited service* Initial _____ Date _____ * DA's/DA's delegate's Initials & Date
- ☐ Client is eligible and accepted for extended service* Initial _____ Date _____
- ☐ Eligible & Accepted. Income in between 125%-200%. Supplemental Intake with DA approval attached
- ☐ Eligible and Accepted. Waiver (assets or nursing home income). Supplemental Intake with ED Approval attached

CLOSING THE CASE

1. Confirm funding and problem codes

2. Choose major reason case closed

- ☐ A – Counsel and Advice
- ☐ B – Limited Action (letter, call to 3rd party)
- ☐ F – Neg Settlement without Litigation
- ☐ G – Neg settlement with Litigation
- ☐ H – Administrative Agency Decision
- ☐ I – Court Decision
 - ☐ a – Uncontested Court Decision
 - ☐ b – Contested Court Decision
 - ☐ c – Appeals
- ☐ L – Extensive Service
- ☐ Q – Untimely
- ☐ R – Rejected after case acceptance

REJECTION REASON

- ☐ Conflict (*no credit*)
- ☐ Duplicate (*no credit*)
- ☐ No show/No service (*no credit*)
- ☐ Not eligible: income, assets, alienage, problem code, out of area
- ☐ Other Service Credit
- ☐ Referral Only

OTHER SERVICE REPORTING CODE:

- ☐ CLE
- ☐ Legal Ed Brochures
- ☐ Self Help Kits (Pro Se Materials)
- ☐ Workshops or Clinics
- ☐ Referral to Other Civil Legal Services
- ☐ Referred to Private Bar
- ☐ Referred to Human/Social Services
- ☐ Not "Other Service" credit

COMMENTS: