

All blanks/zeros filled       Conflicts verified (applicant/adverse party)  
 Citizenship verified       Eligibility verified  
 Additional questionnaires attached       Retainer Signed

FOR OFFICIAL OFFICE USE ONLY	
Problem Code:	_____
Case Number:	_____
Attorney:	_____
[A & C] [Brief Service] [Open] [Referral] [Reject]	

## LSVI-114sp Información Preliminar

Todos los solicitantes de servicios legales favor de proveernos con toda la información encunto a su familia y ingreso. La información sera mantenida confidencial.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Ciudadano Americano:  Sí  No      Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Month / Day / Year

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Tel. de Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. de Empleo: \_\_\_\_\_ Tel. de Celular \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)     Divorciado(a)     Viudo(a)  
*Favor de marca una caja*     Soltero(a)     Separado(a)     Otro

Raza:  Negra     Hispana  
*Favor de marca una caja*     Blanca     Americano Nativo     Otro: \_\_\_\_\_

¿Contra quien es su queja? \_\_\_\_\_

Favor de dar la dirección postal y residencial del partido opuesto:

\_\_\_\_\_

¿Ha sido alguna vez víctima de violencia doméstica?  Sí  No

¿Ha tenido una orden de restricción en su contra?  Sí  No

Cantidad de niños (menores de 18 años) viviendo en su hogar: \_\_\_\_\_  
*Favor de apuntarlo debajo*

Nombre del niño(a)	Edad	Escuela Atendida

Cantidad de adultos (18 años y mas) viviendo en su hogar, incluyéndose usted: \_\_\_\_\_

Favor de apuntarlo debajo

Nombre de Adulto	Edad	Empleado por	Salario (Ingreso Bruto) [Círcule uno]
			\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
			\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
			\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
			\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual

**Favor de indicar algun ingreso adicional recibido en su hogar:**

Benef. Social (welfare) \$ _____	Retiro/Pension \$ _____
Seguro Social \$ _____	Alimony \$ _____
Desempleo \$ _____	Beneficios Veteranos \$ _____
Compensacion/Trabajo \$ _____	Ingreso de Rentas \$ _____
Pension Alimenticia \$ _____	<b>INGRESO TOTAL</b> \$ _____

**Otros bienes suyos y de los miembros de la familia:**

Cuenta de Ahorro \$ \_\_\_\_\_ Cuenta de Cheque \$ \_\_\_\_\_ Surtidos/Bonos \$ \_\_\_\_\_

**Otros Propiedades:**

¿Es su casa suya propia o alquilada? \_\_\_\_\_ ¿Cual es su pago mensual? \_\_\_\_\_

¿Es usted dueño de alguna propiedad inmueble (Terreno o Casa) ?  Sí  No

¿Se es sí, cual es la localidad? \_\_\_\_\_

¿Posee usted un automóvil (carro, motora, ect.)?  Sí  No

¿Se es sí, describa cada uno? \_\_\_\_\_

¿Cual es el valor de cada vehiculo? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto se debe? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted gastos medicos?  Sí  No ¿Tiene usted alguna otra deuda?  Sí  No

Si sí, por favor ponga sus gastos medicos y otras deudas:

Tipo de Gastos (Médico, Préstamo, Cuidado/Niño, etc.)	Pagos [Círcule uno]
	\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
	\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
	\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual
	\$ _____ Semanal Quinsenal Mensual Anual

**Yo certifico que toda la informacion que he provisto en esta solicitud es cierta y correcta.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Certifico que soy un ciudadano de los E.E.U.U.:** \_\_\_\_\_