

INFORMACIÓN DE CLIENTE

Fecha _____

¿Como supiste de nuestra oficina? _____

¿Cuál es su problema legal? _____

Individuales Adversarios: _____

Información General

Nombre: _____

Dirección Residencial: _____

(¿Aquí es donde recibes el correo?)

Número de Teléfono (casa): _____

Número de Teléfono (célular) _____

Dirección electrónica: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Séguro Social o Número de Residencia Legal: _____

Educación (Nivel completado más alto): _____

¿Eres veterano? SI NO

Información Personal

Status de Casamiento:

Sólttero/Sólttera

Casado/Casada

Divorciado/Divorciada

Viudo/Viuda

Viviendo Conjuntos

Circunstancias de Vivienda (Escoja y marque con un círculo):

Rev. Abril 2023

Vivo solo

Vivo con familia

Vivo en una casa de cuartos

Vivo en casa pública

Vivo en albergue

Número de personas en mi residencia: _____

¿Estás recibiendo alguna ayuda de vivienda?

Asistencia de Emergencia (TRA)

Asistencia de vivienda Sección 8

Otra asistencia de vivienda: _____

Información Financiera

¿Estás trabajando? SI NO

Si estás trabajando, ¿a dónde trabajas? _____

¿Por cuánto tiempo has trabajado ahí? _____

¿Cuál es su salario? _____

Si no estás trabajando, ¿cómo te mantienes económicamente? _____

Seguro Social (SSI) (Cantidad al mes): _____

Seguro Social de Desabilidad (SSDI) (Cantidad al mes): _____

Asistencia General (Cantidad al mes): _____

Mantenimiento (Cantidad al mes): _____

Pensión (Cantidad al mes): _____

Sóporte Financiero de Niño/s (Cantidad al mes): _____

¿Estás envuelto en cursos de educación? (Escoja y marque con un círculo)

Entrenamiento Educacional

Entrenamiento Vocacional

Estudiante de Universidad

Historia Médica

¿Hás estado, alguna vez, hospitalizado por una condición mental? SI NO

¿Cuántas veces has estado hospitalizado? _____

¿Te han dado de alta de un hospital dentro de los últimos treinta días? SI NO

Si su respuesta es sí, por favor escriba el nombre del hospital _____

Entre los últimos 30 días, ¿te han dado de alta de un hospital psiquiátrico de corto plazo?

SI NO

Si su respuesta es sí, por favor escriba el nombre del hospital

¿Cuál es su diagnóstico mental? _____

¿Estas recibiendo tratamiento para su condición mental? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿a dónde recibes servicios mentales, y que es la frecuencia de sus visitas para tratamiento? _____

Si su respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha pasado sin que recibiste tratamiento mental?

¿Estás tomando medicina/s? SI NO

Si su respuesta es sí, por favor identifique las medicinas que estás tomando _____

¿Quién es su psiquiatra/psicólogo? _____

¿Cuál es la información donde se pueda contactar? _____

¿Quién es su terapeuta? _____

¿Cuál es la información donde se pueda contactar? _____

¿Quién es su trabajadora/trabajador social? _____

¿Cuál es la información donde se pueda contactar? _____

STATUS DE CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL

El proyecto de leyes del condado de Bergen recibe fondos del estado de Nueva Jersey y del el condado y esto nos requiere declarar si eres ciudadano o residente legal.

Por favor escoja uno de lo siguiente:

_____ Soy ciudadano de los Estados Unidos de America, o

_____ Soy residente legal de los Estados Unidos de America.

Yo testifico que la información contenida en este formulario es precisa y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

CERTIFICACIÓN DE STATUS DE NECESITADO

Yo, _____, **certifico que:**

- 1. Soy necesitada y no tengo fondos para pagar costos legales o de la corte.**
- 2. Yo certifico que lo que ha testificado es la verdad, y sé que si mi testificación es falsa, pueden castigarme.**

Firma: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE REPRESENTACIÓN

Yo estoy de acuerdo que los abogados del Proyecto de Leyes del Condado de Bergen me representen legalmente en lo siguiente y le doy permiso para que reciban, copien, y inspeccionen cualquier y todos los documentos que existan en conexión con mi caso legal.

Entiendo que tengo que cooperar completamente con el Proyecto Legal del Condado de Bergen para que puedan ayudarme y representarme. Se, también, que tengo que notificarles inmediatamente si hay cambios en mi dirección residencial, número de teléfono o empleo. Si no coopero con el Proyecto Legal, entiendo que pueden cerrar mi caso, si no hay juicio pendiente en la corte o agencia, y retirarse de mi caso.

Entendí que el Proyecto de Leyes no está bajo una obligación de apelar mi caso, si la decisión no es favorable.

Nombre de Cliente

Directora

Fecha: