



Referido por

Nombre: _____

de agencia: _____

telefono de contacto / correo electrónico: _____

Cuestionario Inicial de la Sección de Orden de Protección (Caso en Curso)

Bienvenido(a) a Ascend Justice. Nuestros empleados y voluntarios proveen asistencia legal gratis a personas quienes están buscando Órdenes de Protección.

Si quiere aplicar para asistencia:

1. Por favor tome asiento en la sala de espera y llena la forma que está adjunto al Cuestionario.
2. Se desea que nos comuniquemos con su asesora legal acerca de su caso, favor de completar la Divulgación de información legal.
3. Coloque ambos formularios en la canasta en nuestra area de recepción o devuélvalos por fax (312-251-9801) o envíe un correo electrónico a (druffatto@ascendjustice.org).
4. Alguien de nuestra oficina va a comunicar consigo entre una semana para hablar sobre su caso.

Al completar este formulario, usted está indicando que desea que Ascend Justice considere su solicitud de servicios legales. No hemos aceptado ser su abogado/a en este o cualquier asunto. Sin embargo, la información que proporcione a nuestras oficinas se mantendrá confidencial a menos que autorice cualquier divulgación. Almacenaremos su información en nuestro sistema de gestión de casos llamado Legal Server. Este es un sistema seguro, pero esta alojado con un proveedor externo. Usted puede optar por que su información no se registre en este sistema, pero debe notificarnos esta decisión. Evaluaremos su caso, decidiremos si podemos asistirle o representarlo o no, y le notificaremos nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o si su información de contacto cambia, contáctenos al 312-325-9155.

Cuando es la próxima fecha de corte? Fecha: _____, Hora: _____, Cuarto# _____

De que se trata la próxima fecha de corte? _____

Ascend Justice no discrimina por motivos de raza, color, credo, origen nacional, ascendencia, religión, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, estado de veterano o edad. Los solicitantes / clientes que deseen presentar una queja sobre discriminación en la prestación de servicios pueden hacerlo contactando a la Autoridad de Información de Justicia Criminal de Illinois ("ICJIA" en inglés). La política de no discriminación del ICJIA se puede encontrar en el sitio web de ICJIA en <http://www.icjia.org/grants/grant-resources>. Los solicitantes también pueden enviar quejas por correo electrónico a CJA.CivilRightsOfficer@illinois.gov.



Acuerdo de Confidencialidad y Seguridad

- Empleados y voluntarios de Ascend Justice son requeridos mantener la información de sus clientes confidencial.
- No daremos información sobre su caso sin autorización firmado por usted.
- Hay algunas excepciones a nuestros requisitos de mantener sus comunicaciones confidenciales. Una excepción es si revelar su información es necesario para prevenir muerte o herida seria. Podemos explicar las excepciones si usted tiene preguntas o preocupaciones.
- Ascend Justice requiere que usted mantenga las identidades e información de otros clientes confidenciales, aunque usted no es legalmente responsable.
- Debido a que otros clientes no están legalmente obligados mantener la información de usted confidencial, usted debe mantener esto en mente cuando comparta su información con otras personas que no son ni empleados ni voluntarios de Ascend Justice.
- Debido a la privacidad de las entrevistas en nuestras oficinas, por favor espere afuera hasta que llamemos su nombre. Si necesita ayuda, por favor pregunte a nuestra recepcionista.
- Si está preocupada por su seguridad, avise a un sheriff o a un empleado(a) de Ascend Justice, igual si usted tiene miedo que su abusador va a seguirle a afuera y quiere que alguien le acompañe fuera de la corte.
- Como en refugios de violencia doméstica, Ascend Justice tiene en efecto una regla de “no pegar” a sus hijos. Por favor encuentre otra forma de disciplinar sus hijos mientras que esté en nuestras oficinas.
- Por favor no conteste un teléfono de la oficina. Los teléfonos solamente pueden ser contestados por empleados de Ascend Justice.

Comprendo que Ascend Justice aún no se ha acordado representarme en este caso y puede proveer consejos y referencias. Comprendo y estoy de acuerdo con estas reglas y acepto servicios de DVLC.

Nombre de cliente

Firma de cliente

Fecha

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE USTED

Nombre: _____ Nombres Anteriores/de Soltero(a): _____

Pronombres: El Ella Otro

Dirección: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Mejor número contactarle: _____ Email: _____

Es seguro contactarle a la dirección mencionada arriba? Sí No Y al número telefónico? Sí No

Fecha de nacimiento: _____ Estatus Inmigratorio: Ciudadano/a Otro (Residente Permanente, Visa de Estudiante, Indocumentado/a, etc.)

Raza: (marque todo lo que aplique)

- Blanco Negro/Afro-americano Hispano/latino Nativo hawaiano/ isleño pacifico
- Asiático Nativo americano o de Alaska Medio Oriente Norte de Africa (MENA)

Estado civil:

- Nunca Casado(a) Casado(a) (Fecha de Matrimonio: _____) Divorciado(a) Legalmente Separado(a) Viudo(a)

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual/Gay/lesbiana Bisexual Queer Otro
 No deseo responder

Género: Mujer Hombre Mujer transgénero Hombre transgénero
 Género Fluido / Género Neutro Otro No deseo responder

Usted es la cabeza de familia? Sí No Número de niños: _____

Tipo de residencia: Dueño(a) Alquila Sin Hogar Residencia temporal

El nivel de educación:

- Primaria Algo de Escuela Secundaria Graduado(a) de Escuela Secundaria Algo de Universidad
- Graduado(a) de Universidad Maestría o Más

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

Idioma principal que se habla en casa: Inglés Español Polaco Chino Otro

¿Necesita un intérprete? Sí No Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

¿Está usted embarazada? Sí No ¿Es usted un veterano(a)? Sí No

¿Ha hablado usted con un abogado sobre hacer un divorcio, caso de custodia, visitación, o apoyo? Sí No

¿Tiene una case o una fecha de corte para un caso de divorcio, caso de custodia, visitación, apoyo, o criminal? Sí No

¿En caso afirmativo que tipo de caso? _____ Próxima fecha de corte: _____ : Corte: _____

Otros Beneficios (marque todos que aplican):

- Beneficios No Monetarios:** Ninguno
- Tarjeta LINK/ Vales de comida/SNAP (Programa de Asistencia Nutricional)
 - WIC
 - TANF Cuidado de Hijo(s)
 - TANF Transportación
 - Otro tipo de TANF
 - Sección 8/residencia pública/asistencia de alquiler
 - Otro

Beneficios Médicos/Seguro Médico: Ninguno

- Medicaid
- Medicare
- Seguro Médico del Estado para hijos (si cliente tiene menos de 18 años)
- Servicios Médicos Para Veteranos
- Seguro Privado

Fuente de Ingresos (Marque todos los que aplican):

Cantidad Mensual (antes de impuestos): Ninguno

- Empleo/Ingreso Ganado \$ _____
 Tiempo Completo o Tiempo Parcial
- Seguro Desempleo \$ _____
- SSI \$ _____
- Seguro Social Discapacidad \$ _____
- Discapacidad de Veterano \$ _____
- Discapacidad Privado \$ _____
- Compensación del Trabajador Lesionado(a) \$ _____
- TANF \$ _____
- Asistencia General \$ _____
- Retiro de Seguro Social \$ _____
- Pensión de Veteranos \$ _____
- Pensión de Empleo Anterior \$ _____
- Manutención de Hijo(s)(Child Sup.)\$ _____
- Pensión alimenticia (Alimony/spousal support) \$ _____
- Otros Ingreso(s) \$ _____
- Total:** \$ _____

FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE INFORMACIÓN DEL ABUSADOR(A):

Nombre: _____ **Nombres Anteriores/de Soltero/a:** _____

Dirección: _____ **Apt #:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **ZIP:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Estatus Migratorio: Ciudadano Residente legal No ciudadano Otro _____

Raza: (marque todo lo que aplique)

Blanco Negro/Afro-americano Hispano/latino Nativo hawaiano/ isleño pacifico

Asiático Nativo americano o de Alaska Medio Oriente Norte de Africa (MENA)

Género: Mujer Hombre Mujer transgénero Hombre transgénero
 Género Fluido / Género Neutro Otro No deseo responder

¿Cuál es la relación del abusador con usted? _____

¿El Abusador sabe dónde usted vive actualmente? Sí No

Información del abuso que ha ocurrido:

Favor de describe el incidente de abuso más reciente: Fecha: _____, Hora: _____, Lugar: _____

Favor de describir lo que pasó brevemente: _____

Favor de indicar los tipos de abuso que ocurrió durante el incidente de abuso más reciente:

Físico (golpes, empujones, etc.) Sexual Abuso contra niño Abuso emocional (amenazas, controlante, etc.)

Favor de indicar los tipos de abuso que ha ocurrido durante cualquier tiempo de la relación:

Físico (golpes, empujones, etc.) Sexual Abuso contra niño Abuso emocional (amenazas, controlante, etc.)

¿El Abusador ha hecho amenazas contra su estatus inmigratorio? Sí No

¿Tiene hijos en común con tu abusador? Sí No # de niños en común _____

Si su respuesta es SI favor de responder ha lo siguiente:

¿El Abusador alguna vez le ha amenazado a usted con quitarle los niños? Sí No

¿El Abusador alguna vez se le ha quitado los niños de usted? Sí No

**OTRAS NECESIDADES LEGALES
DE LA VIVIENDA**

¿Necesita moverse y terminar su contrato de arrendamiento anticipadamente por cuestiones de seguridad?
 S | N

Necesita cambiar las cerraduras a su apartamento para que su abusador no tenga acceso? S | N

¿Está actualmente sin hogar, viviendo en un refugio o en riesgo de perder su casa y no tiene un lugar donde ir?
 S | N

EMPLEO:

¿Necesita algún cambio en su lugar de trabajo que pueda ayudarlo a sentirse seguro (por ejemplo, un trabajo diferente, cambio de horario, cambio de número de teléfono de trabajo, cambio de asignación de asientos, transferencia o reasignación, etc.)? S | N

Necesita tomar tiempo del trabajo a fin de: ¿asistir a la corte; moverse de residencia; o asistir a reuniones con la oficina del fiscal, con su, abogado o consejero? S | N

COMPENSACIÓN DE LAS VICTIMAS DE CRIMEN:

¿Ha hecho gastos en efectivo como consecuencia de ser víctima de un delito? S | N

LEY DEL CONSUMIDOR:

¿Necesita información sobre deuda del consumidor, bancarrota, o problemas de impuestos? S N

**INVESTIGACIONES DE ABUSO/NEGLIGENCIA INFANTIL Y APELACIONES ADMINISTRATIVAS
(DCFS):**

¿Tiene un caso de abuso/negligencia infantil de DCFS que implique un plan de seguridad fuera del hogar?
 S N

¿Hay plazos o audiencias en su caso de DCFS en los próximos 7 días? S | N

NECESIDADES ADICIONALES DE SERVICIO

¿Quién te refirió a el Palacio de Justicia hoy?

- Asesoría de violencia domestica/Programa de Albergues
- Línea de ayuda contra le violencia domestica
- Familia
- Amigo
- Policía
- Abogados del estado
- Internet
- Otro programa de asistencia legal
- Otro servicios sociales (no de violencia domestica)
- Abogado privado
- Uso prevo
- Usted mismo
- Otro: _____

¿Cómo fue referido a Ascend Justice específicamente?

- Recepcionista de la corte
- Asesoría de corte Violencia Domestica
- Agencia de violencia domestica
- Línea de ayuda contra le violencia domestica
- Agencia de ayuda legal
- Otro: _____

¿Esta recibiendo actualmente algún otro servicios sociales?

- Servicios Asesoría de violencia domestic
- Refugio de violencia domestica / asistencia de vivienda
- Otro albergue / asistencia de vivienda
- Servicios de consejería / salud mental
- Consejera / tratamiento de abuso de sustancias (drogas)
- Asistencia financier para el cuidado de niños
- Formación profesional
- Otro: _____

CLIENT SUPPORT COORDINATOR SERVICES

Ascend Justice cuenta con un equipo de personal de servicios de atención al cliente y pasantes que ayudan a nuestros abogados a brindar apoyo adicional a nuestros clientes. Nuestro objetivo es hacer que su caso legal sea más manejable brindándole apoyo clínico y ayudarlo a aumentar su estabilidad al conectarlo con recursos.

- ¿Actualmente necesita apoyo fuera de los servicios legales?? S N
- Indique las siguientes áreas en las que le gustaría o necesita apoyo adicional:
 - Educación
 - Preocupaciones de Seguridad
 - Vivienda
 - Desempleo/Trabajo
 - Médico
 - Beneficios Públicos
 - Asistencia de alquiler/servicios públicos
 - Consejería / Salud Mental
 - Otro: _____

POR USO DE LA OFICINA SOLAMENTE NO COMPLETE ESTA PÁGINA

Client Name: _____

Client Referrals

- Clerk's Office** to file for an Order of Protection (Room 1400). Please see the handout you received when you checked in for additional information.
- Pro Bono Project** for representation by private attorney for an Order of Protection.
Attorney Name: _____
Firm: _____
- Court Advocate** for assistance related to domestic violence or an Order of Protection.
Advocate Name: _____
Agency: _____
- State's Attorney's Office** to discuss possible criminal charges against the abuser (Room 1600).
- Domestic Violence Help Line 1 (877) 863-6338** for 24-hour support, referrals to counseling or shelters, or safety planning.
- Legal Aid Agencies** for help with other legal issues. Please see the attached sheet. If applicable, please specify:
Attorney Name: _____
Agency: _____
- Other:** _____

Is the client a City of Chicago resident? YES / NO

Did he or she provide proof of Chicago residency? YES / NO

Screening Attorney: _____ **Date:** _____