



**SERVICIOS LEGALES EXTENDIDOS
FORMA DE ADMISIÓN GENERAL**

Por favor complete lo que más pueda de este formulario y enviarlo a:

Ascend Justice
177 N. State St. Ste. 500
Chicago, IL 60601
Email: intake@ascendjustice.org
Telefono: 312-971-5932, ext. 250
Fax: 312-251-9801

Fecha de hoy _____

Referido por (Nombre): _____

de (agencia) _____

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre completo: _____ Nombre(s) anterior(es)/de soltera/o: _____

Pronombres: El Ella Otro

Dirección: _____ Numero de apartamento _____

Cuidad/Estado/ código postal: _____ Dirección segura? S N

Si no es seguro, dirección alterna: _____

Correo electrónico: _____ su correo electrónico es seguro? S N

El mejor número telefónico para comunicarnos con Ud.: _____

Algún numero adicional: _____

Por favor indique cualquier restricción para llamarle/ enviarle correo electrónico/ enviarle correo regular: _____

¿Podemos comunicarnos con usted por texto? S N

Fecha de nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

VICTIMA DE VIOLENCIA DOMESTICA

¿Usted o un miembro de su familia inmediata ha sido víctima de violencia domestica? S N

Si es así, Nombre del abusador: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del abusador: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA MATRIMONIAL/RELACIONES:

Estado Civil: Nunca se casó (Fecha que inicio la relación: _____) Divorciada (o)

Separada(o) Legalmente Viuda(o) Casada(o): Nombre de su cónyuge _____

Fecha de nacimiento de su cónyuge: _____ Fecha de matrimonio: _____

Estatus migratorio de su cónyuge: Ciudadano Residente legal No ciudadano/Otro _____

¿Alguna vez ha vivido juntos? S N Fecha de separación: _____

¿Alguna vez su cónyuge o ex cónyuge ha sido físicamente, sexualmente o emocionalmente abusivo hacia usted o un miembro de la familia? S N

DEMOGRAFÍA

Estatus Migratorio: Ciudadano Residente legal No ciudadano Otro _____

Discapacidad (si tiene): _____

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)

Idioma principal hablado en casa: Inglés Español Polaco Chino otro

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

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

Es usted un veterano? S N

¿Necesita un intérprete? S N En caso afirmativo, en que idioma _____

Nivel más alto de educación completado:

- No secundaria Algo de secundaria Graduado de secundaria Algo de universidad
- Graduado de universidad Educación avanzada

Tiempo viviendo en IL: _____ Tiempo viviendo en Cook County: _____

¿Cuántas personas viven con usted (incluyéndolo)? ____ Adultos ____ Niños ¿Cuántos hijos tiene? ____

¿Está embarazada actualmente? S N Usted es la cabeza de familia? S N

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

Ingresos

Ninguno

Marque todo lo que aplique y escriba la cantidad mensual (antes de impuestos):

- Empleo/obtuvo ingresos \$ _____
- Tiempo completo* o *Tiempo parcial*
- Seguro de desempleo \$ _____
- SSI \$ _____
- Seguro social de discapacidad \$ _____
- Discapacidad de los veteranos \$ _____
- Incapacidad privada \$ _____
- Compensación de los trabajadores \$ _____
- TANF \$ _____
- Asistencia general \$ _____
- Ingresos de retiro (Seguro social) \$ _____
- Pensión de los veteranos \$ _____
- Pensión de trabajos anteriores \$ _____
- Manutención de niños \$ _____
- Manutención de esposo/a \$ _____
- Otra fuente \$ _____
- Total:** \$ _____

Otros beneficios (marque todo lo que aplique):

Beneficios no en efectivo:

Ninguno

- Link/Cupones para alimentos/SNAP
- Especial Sup. Nutrición (WIC)
- Cuidado de niños TANF
- Transportación TANF
- Otros TANF
- Sección 8/Vivienda/Ayuda de Alquiler
- Otros

Beneficios Médicos/Seguro:

Ninguno

- Medicaid
- Medicare
- Seguro de salud infantil del estado
(si el cliente es menor de 18 años)
- Servicios médicos de la administración de veteranos
- Seguro privado

INFORMACION SOBRE SU PAREJA ACTUAL:

Nombre completo: _____ Otros nombres usados: _____

Relación con usted: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Actualmente viven juntos? S N

¿Alguna vez su pareja actual ha sido físicamente, sexualmente o emocionalmente abusivo hacia usted o un miembro de la familia? S N

Información demográfica:

Edad: _____

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

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

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)

HISTORIA DE ABUSO

¿Cuál fue la fecha y lugar de los hechos de abuso más recientes? _____

Por favor marque el tipo de abusos que ocurrieron durante el incidente más reciente:

Físico (golpear, empujar, otros) Sexual Maltrato infantil Abuso emocional (amenazas, controlar)

Por favor compruebe los tipos de abuso que se han producido en cualquier momento durante su relación:

Físico (golpear, empujar, otros) Sexual Maltrato infantil Abuso emocional (amenazas, controlar)

CASOS EN CORTE ACTUALMENTE PENDIENTES:

¿Actualmente tiene o ha tenido alguna vez una orden de protección? S | N

En caso afirmativo, ¿dónde fue la orden de protección emitida? _____

Numero de Caso _____

Fecha que la orden de protección fue dictada _____ Próxima fecha de corte: _____

Fecha en que termina su orden de protección: _____

¿Nuestra oficina lo ayudo con la orden? S | N

Si no es así, ¿cómo se enteró sobre nuestros servicios? _____

(Si nuestra oficina no lo ayudo con su orden de protección, por favor adjunte copias de su petición)

¿Tiene una fecha de corte pendiente para un caso de divorcio/paternidad? S | N

En caso afirmativo, ¿Dónde está el caso actualmente pendiente? _____

Próxima fecha de la corte: _____ Número del caso: _____

Ud. ha sido detenido o acusado de un crimen? S | N

En caso afirmativo, ¿tiene una fecha de corte pendiente de su asunto criminal? S | N

En caso afirmativo, ¿Dónde está el caso actualmente pendiente? _____ Próxima fecha de la corte: _____ Número del caso: _____

¿Tiene una fecha de corte pendiente en un caso de abuso o negligencia en la corte juvenil? S | N

Si es así, ¿en qué condado está teniendo lugar su caso? _____

¿Tiene una fecha de pre-audiencia o audiencia pendiente en un procedimiento administrativo de DCFS?

S | N

CUESTIONES DE EMERGENCIA

¿Está en riesgo su seguridad o la de sus hijos o seres queridos? S | N

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

En caso afirmativo ¿cuál es el nombre del propietario / empresa? _____

¿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 ayudarle 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

- En caso afirmativo para cualquier pregunta, ¿cuál es el nombre de su empleador / supervisor?

COMPENSACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE CRIMEN:

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

LEY DEL CONSUMIDOR:

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

Por favor marque todas las áreas que para las que esté buscando asistencia legal.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> inmigración | <input type="checkbox"/> Indemnización de víctimas de crimen |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Consumidor |
| <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia Infantil (DCFS) | |

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: _____

Al completar este formulario, usted está indicando que desea que Ascend Justice considere su solicitud de servicios legales. Completar este formulario no crea una relación abogado-cliente. 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 está 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 cambia su información de contacto, contáctenos al 312-971-5932.

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.