

LEGAL SERVICES OF NORTH FLORIDA, INC.

FOR OFFICE USE ONLY

Case No. _____ Date _____ Case Code _____ Office _____

Domestic Violence ___ Y ___ N Attorney Assigned _____ Funding Source _____ ACCEPTED
 Disclose Client Info ___ Y ___ N REJECTED

All criteria considered pursuant to Litigation Manual, Page 19.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido _____ 1er nombre _____ 2do nombre _____

Dirección de correo _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Numero telefónico _____ / _____
 1st 2nd

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Numero de Seguridad social: _____ - _____ - _____

Numero de residentes en su casa/albergue

_____ + _____ = _____
 Adultos Niños Total

Es su trabajo temporal? Si No
 Si lo es, cual fue su ingreso
 el año pasado? _____

SEXO RAZA INCAPACITADO

- Femenino Negro Si
 Masculino Blanco No
 Asiatico
 Hispano
 Indígena

Ciudadano EEUU o residente elegible. Si No

POR ESTE MEDIO certifico que yo soy un ciudadano
 estadounidense o que satisfago los requisitos en la pagina
 apegada.

 FIRMA

CONTRINCANTE(S): _____

INGRESO

Llene las cantidades mensuales

FUENTE	APLICANTE			CONYUGUE			OTRO			TOTAL
	Si	No	Cantidad	Si	No	Cantidad	Si	No	Cantidad	
Empleo										
Bienestar/SSI										
Seguridad social										
Desempleo										
Adm. Veteranos										
Otra										
TOTAL										

BIENES

(Llene la cantidad de cada artículo).

Si no tiene, ponga 0.

\$ _____ Efectivo \$ _____ Cuentas bancarias
 \$ _____ Bienes inmuebles (aparte de su residencia)
 \$ _____ Propiedad personal (botes, camperos, etc.)
 \$ _____ Vehículo (no de uso doméstico para transporte/empleo)
 \$ _____ Otros
 \$ _____ TOTAL Si es mas que los gastos, incluye una renuncia? ___ S ___ N TOTAL _____

GASTOS

Transporte laboral: \$ _____
 Sostenimiento de menores: \$ _____
 Medicos \$ _____ / % de su ingreso \$ _____
 Enfermedad física \$ _____
 Deudas/obligaciones ajustadas (lista)

