LEGAL AID CENTER OF SOUTHERN NEVADA

725 E. CHARLESTON
Las Vegas, Nevada 89104
702-386-1070

Para aplicar para los servicios legales por medio del *Proyecto Pro Bono de* Legal Aid Center of Southern Nevada (LACSN), necesita visitar nuestra oficina para una entrevista durante las siguientes horas de servicios:

Días de semana	Horario de servicio en la mañana	Horario de servicio en la tarde
Martes	8:30 am – 11:00 am	1:00 pm – 4:00 pm
Miercoles	8:30 am – 11:00 am	1:00 pm – 4:00 pm

Por la alta demanda en este tiempo por favor entienda que haremos todo lo posible en asistirlo durante el horario indicado arriba. Pero, nosotros reservamos el derecho de hacer otra cita con usted para otro día en el evento que no se le pueda ver durante este horario.

Para iniciar el proceso de admisión debe presentar los siguientes documentos a su entrevista

√	Articulo#	Descripción de el documento
	1.	Identificación del estado con foto - licencia de manejar, identificación militar, etc.
	2.	Copia de la tarjeta de seguro social de cada persona archivando para la bancarrota.
	3.	Verificación de ingreso - Talones de cheques de los últimos 6 meses o carta del seguro social
	4.	Lista de todas sus deudas- (El nombre, la dirección, número de cuenta y el balance.) (NO TRAIGA una bolsa o caja de facturas sin abrir. Tiene que nombrar todas sus cuentas o tendrá que regresar para otra entrevista.).
	5.	Una copia reciente de su estado de cuenta bancaria de los últimos 3 meses (cuenta de cheques y/o de ahorros)

Para completar su aplicación, es requerido proveer a LACSN con los siguientes documentos. Se le sugiere traer todos los documentos a su primera entrevista para acelerar el proceso. Todos los documentos e información deben ser considerados para la colocación de Pro Bono.

√	Articulo#	Descripción de el documento
	6.	Certificado de consejería de bancarrota.
	7.	2 de los 3 reportes de crédito de Equifax, Transunión o Experian. *www.AnnualCreditReport.com los reportes son gratis.*
	8.	Copia de sus impuestos de los últimos tres años. Si no están obligados a archivar impuestos, proporcione una copia de las transcripciones del IRS indicando que no estaba obligado a archivar.
	9.	Decreto de Divorcio.
	10.	Demandas o fallos en su contra.

Su entrevista no es con un abogado. Se le va a entrevistar y recibir la información y documentos pertinentes para determinar si la asistencia legal gratuita será proporcionada para archivar la bancarrota.

Esta es sólo una entrevista y no recibirá consejos legales. Asistencia del Proyecto Pro Bono no es garantizada. LACSN no es responsable por cualquier demora causada por hacerle otra cita y no garantiza un resultado específico en su caso.

LEGAL AID CENTER 1958
of Southern Nevada

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre utilizado comúnmente: _____

Dirección de correo: _____ No. de apt./espacio _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección alternativa: _____ No. de celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. del Trabajo: _____

Método de contacto preferido para comunicación oficial ❑ correo electrónico ❑por correo

Dirección de correo electrónico: _____ **(No utilice el correo electrónico si existen problemas de seguridad)**

Fecha de nacimiento: _____

Sexo/Genero: _____

No. de Seguro Social (Últimos 4 Dígitos):_____

❑ Hispano **y/o lo siguiente:**
❑ Anglosajón
❑ Afro-Americano
❑ Asiático
❑ Nativo Indígena-Americano/Nativo de Alaska
❑ Nativo Hawaiano/Indígena-Americano Pacifico
❑ Anglosajón/Nativo de Alaska/Indígena-Americano
❑ Asiático/Anglosajón
❑ Afro-Americano/Anglosajón
❑ Nativo Indígena-Americano/Nativo de Alaska/Afro-Americano
❑ Otro/Multi Racial
❑ Desconocido

Idioma: ❑Inglés ❑Español ❑Otro: _____

Mujer cabeza de familia: ❑Sí ❑No

¿Está incapacitado(a)? ❑Sí ❑No

¿Está en servicio activo en el militar? ❑ Sí ❑No

¿Es veterano(a)? ❑ Sí ❑No

¿Cómo se enteró de los servicios de Legal Aid Center?

❑Asociación de la Barra
❑La corte
❑D.A.
❑DFS
❑Internet
❑Centro de Auto Ayuda - Familia
❑Proveedor Médico
❑Militar
❑Nevada Legal Services
❑Cliente previo
❑Rape Crisis Center
❑Pariente/Amigo/Vecino
❑Safenest/Safehouse
❑Escuela
❑Centro de Auto Ayuda - Civil
❑Estado, Condado, Oficial del Orden Público o Agencia No-Lucrativa
❑Otro (especifique)_____

Problema Legal:

❑Divorcio ❑Educación Especial ❑Bancarrota ❑Embargo Hipotecario ❑ Compra/Reparo de Auto
❑Custodia ❑Embargo ❑Robo de Identidad ❑Bienes Raíces ❑ Reposesión de Auto
❑Tutela ❑ Colección de Deudas ❑Préstamo estudiantil ❑Propietario/Inquilino ❑ Seguro Social
❑Le demandaron ❑ Préstamo de día de pago /Título de auto ❑ Pequeños Reclamos
❑ Asociación de Dueño de casa ❑Otro: _____

Anote a toda la gente y/o compañías implicadas con este problema: _____

_____

Describa brevemente su problema legal: _____

_____

_____

(Continúe por el otro lado)

¿Qué espera que Legal Aid Center of Southern Nevada, pueda hacer por usted? _____

_____

_____

INGRESO Y GASTOS MENSUAL DEL CLIENTE

No. de adultos en el hogar: _____ No. De Menores de edad en el hogar: _____

¿Trabaja usted? ❑Sí ❑No ¿Dónde? _____

INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR (Ingresos antes de impuestos y otras deducciones)

Su ingreso:		**Otro ingreso del hogar**:	
Ingreso de trabajo	$_____	Ingreso de trabajo	$_____
Seguro Social/Incapacidad	$_____	Seguro Social/Incapacidad	$_____
TANF/Estampillas de comida	$_____	TANF/Estampillas de comida	$_____
Desempleo	$_____	Desempleo	$_____
Manutención de menor(es)	$_____	Manutención de menor(es)	$_____
Retiro u otro ingreso	$_____	Retiro u otro ingreso	$_____

INGRESO TOTAL DEL HOGAR $_____

BIENES DEL HOGAR		**GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**	
Dinero en efectivo (o en el banco)	$_____	Pagos de hipoteca o renta	$_____
Herramientas/Equipaje/Otros bienes	$_____	Pagos de las utilidades	$_____
Valor de su casa (menos lo que debe)	$_____	Cuidado de niños/Transportación	$_____
Valor de bienes y raíces	$_____	Manutención de menor(es)	$_____
Valor de su auto (menos lo que debe)	$_____	Pagos de deudas	$_____
		Gastos médicos	$_____
Total de los Bienes	$_____	Otro	$_____
		Gastos Mensuales en Total	$_____

He leído la información contenida en este documento y afirmo que es correcto de acuerdo a mi conocimiento, información y creencia. Al firmar a continuación, usted entiende que no se le proporcionará ningún asesoramiento legal ni información durante su entrevista inicial. Al completar su solicitud no se establece una relación de cliente y abogado. Legal Aid Center of Southern Nevada no le está ofreciendo ni está aceptando representarlo en algún asunto legal. Nuestra asistencia se basará solamente en una breve revisión de los hechos divulgados. Legal Aid Center of Southern Nevada no es responsable por los resultados de su caso. Le recomendamos que consulte con un abogado particular antes de archivar cualquier documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted no está satisfecho(a) con los servicios que se le proporcionaron por Legal Aid Center of Southern Nevada, ó el rehuso de servicios, usted puede registrar una queja por escrito. Puede obtener instrucciones de cómo registrar una queja con la recepcionista.

Lista de Deudas

Nombre: _____ Fecha: _____

Información de Deudas	Cantidad que se debe	Ultima ves que la uso	Commentarios
Hipoteca/Alquiler Mensual: **Dirección:** **Numero de cuenta:**			
2nda Hipoteca/Alquiler Mensual: **Dirección:** **Numero de cuenta:**			
1. Auto: **Dirección:** **Numero de cunta:**			
2 Auto: **Dirección:** **Numero de cunta:**			
1. Prestamo de estudiante: **Dirección:** **Numero de cunta:**			
Mauntencion:			
Impuestos de Servicios Internos EEUU (IRS): **Para que año(s)** _____ _____ _____			

TOTAL DE PAGINA 1. $_____

Nombre: _____ Pagina: _____

Información de Deudas	Cantidad que se debe	Ultima ves que la uso	Commentario
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **1.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **2** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **3.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **4.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			

TOTAL DE PAGINA 2. $_____
TOTAL DE PAGINA 1 & 2 $_____

Nombre: _____ Pagina: _____

Información de Deudas	Cantidad que se debe	Ultima ves que la uso	Commentario
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **5.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico:: **6.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **7.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **8.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			

TOTAL DE PAGINA 3. $_____

TOTAL DE PAGINA 1, 2 & 3 $_____

Nombre: _____ Pagina: _____

Información de Deudas	Cantidad que se debe	Ultima ves que la uso	Commentario
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **9.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **10.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico: **11.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			
Tarjetas de Credito/ Cuenta de Credito/Medico:: **12.** **Dirección:** **# de cuenta:** **Rason de la deuda: tarjeta de credito (O) Servicios rendidos**			

TOTAL DE PAGINA 4. $_____

TOTAL DE PAGINA 1, 2, 3 & 4 $_____