



## **EL CENTRO DE JUSTICIA**

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PRO BONO Y EL PROGRAMA DE MEDIOS MODESTOS

---

### **INSTRUCCIONES**

Por favor, escriba claramente o a máquina. Firme y feche su solicitud. No incluya ningún otro documento con esta solicitud.

Envíe su solicitud completada por escaneada, por correo electrónico o por correo postal a:

The Justice Center  
PO Box 429  
Colorado Springs, CO 80901-0429  
Teléfono: 719-473-6212  
Correo electrónico: [hello@justicecentercos.org](mailto:hello@justicecentercos.org)  
Página web: [www.justicecentercos.org](http://www.justicecentercos.org)

Lamentablemente, no podremos atender a todas las personas que soliciten ayuda. Por lo tanto, le sugerimos que siga explorando otras opciones. Además, si su situación requiere atención inmediata, no confíe en que el Centro de Justicia responda o proporcione asistencia dentro del plazo de una solicitud judicial. No seremos responsables por el incumplimiento de los plazos.

### **PRECALIFICACIONES**

Su caso debe tener jurisdicción en el condado de El Paso o Teller en Colorado para precalificar para la asistencia del Centro de Justicia.

Los casos penales sólo pueden ser considerados para nuestro Programa de Medios Modestos (representación de costo reducido).

Los casos de sucesión deben ser incontestables para ser considerados. No podemos considerar casos de derecho laboral, negligencia médica o lesiones personales.

Todos los casos deben cumplir con los requisitos financieros para calificar. Se le pedirá que presente una verificación financiera después de procesar su solicitud.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Todo la información proporcionada será tratada como comunicaciones confidenciales realizadas con el fin de facilitar la prestación de servicios legales profesionales a usted. Preservaremos la confidencialidad de toda esa información a menos que la ley exija lo contrario.

# EL CENTRO DE JUSTICIA

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PRO BONO Y EL PROGRAMA DE MEDIOS MODESTOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido otros nombres? \_\_\_\_\_

¿Qué pronombres utilizas? *él ella ellos ellas otras:* \_\_\_\_\_

Por favor, marque uno. Los pronombres se utilizan en lugar de un nombre propio (como el nombre de alguien).

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si no vive en Colorado, no puede optar a los servicios.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Es un correo electrónico seguro para hablar de su caso? *SÍ NO*

Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿Es un número de teléfono seguro para hablar de su caso? *SÍ NO*

¿Hay alguien más con quien podamos discutir su caso? \_\_\_\_\_

Cuál es su información de contacto? \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano estadounidense? *SÍ NO*

Esto no afectará de ninguna manera el estado de su solicitud

¿Tiene próximas fechas en el juzgado? \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Busco un abogado en la siguiente área:

- Adopción con finalización
- Adopción sin finalización
- Quiebra, personal
- Servicios de protección de la infancia
- Custodia y manutención de los hijos
- Divorcio, impugnado (con bienes, activos, hijos)
- Divorcio, no impugnado
- Poderes duraderos
- Ejecución de órdenes
- Violencia familiar
- Ejecución hipotecaria (residencial / modificación de préstamo)
- Tutela / Custodia
- Propietario / Inquilino (residencial)  Modificación de la manutención de los hijos
- Sucesiones, no disputadas
- Órdenes de protección
- Otros | Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Breve descripción de su asunto legal: \_\_\_\_\_

---

---

¿Quién tiene jurisdicción sobre su caso? (Marque con un círculo)

*Condado de El Paso*      *Condado de Teller*

Si su caso no está en ninguno de estos condados, usted no es elegible para los servicios.

¿Ha consultado ya a un abogado sobre este asunto?      *SÍ*      *NO*

Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Qué otras opciones ha probado para obtener asistencia jurídica? \_\_\_\_\_

Nombre de la parte contraria, si procede: \_\_\_\_\_

¿Está representada la parte contraria? En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del abogado?

\_\_\_\_\_

Cuántos adultos y niños, emparentados y no emparentados, viven en su hogar:

Incluyéndote a ti:      Adultos \_\_\_\_\_      Niños (menores de 18 años): \_\_\_\_\_

Estado civil: *Soltero/a*    *Que vive con su pareja*    *Casado/a*    *Seperado/a*    *Divorciado/a*  
*Viuado/a*

¿Viven usted y su cónyuge en el mismo hogar?      *SÍ*      *NO*      *N/A*

¿Alquilas o eres propietario de la vivienda en la que vives?      *SÍ*      *NO*      *N/A*

¿Cuánto pagas de alquiler o de hipoteca al mes? \_\_\_\_\_

¿Posee alguna otra propiedad, ya sea un terreno o una vivienda, aparte de la que está habitando? (Marque con un círculo)      *SÍ*      *NO*

Si es así, ¿cuál es su valor aproximado? \_\_\_\_\_

Indique la marca y el modelo y el valor aproximado de los vehículos que posee

1. Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

2. Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**INGRESOS BRUTOS MENSUALES ANTES DE IMPUESTOS**

Salarios: \_\_\_\_\_

La manutención del cónyuge que se le paga: \_\_\_\_\_

La manutención de los hijos pagada a usted: \_\_\_\_\_

Beneficio para los veteranos: \_\_\_\_\_

Desempleo: \_\_\_\_\_

SSI/SSD: \_\_\_\_\_

Prestaciones públicas, ayudas, SNAP, WIC: \_\_\_\_\_

Jubilación / Ingresos por inversión: \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \_\_\_\_\_

\*Especificar:

Total de ingresos brutos por mes: \_\_\_\_\_

**GASTOS POR MES**

Médico: \_\_\_\_\_

\*No está cubierto por el seguro

Cuidado de niños: \_\_\_\_\_

Manutención del cónyuge pagada por usted: \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos pagada por usted: \_\_\_\_\_

Gastos totales por mes: \_\_\_\_\_

**ACTIVOS LÍQUIDOS**

Saldo de la cuenta de cheques: \_\_\_\_\_

Saldo de la cuenta de ahorro: \_\_\_\_\_

Cuenta del mercado monetario/otras cuentas: \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas (pareja, miembro de la familia, residentes del hogar) que reciban ingresos? Encaso afirmativo, ¿quiénes y cuáles son sus ingresos mensuales?

\_\_\_\_\_

¿Ha presentado alguna vez una solicitud?    *SÍ*    *NO*

**ENCUESTA DEMOGRÁFICA**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Servicio militar: \_\_\_\_\_

¿Es usted discapacitado? \_\_\_\_\_

¿Es usted víctima de violencia doméstica? \_\_\_\_\_

¿Es usted hispano, latino o de origen español? \_\_\_\_\_

- Origen étnico/raza: \_\_\_\_\_ Negro o afroamericano  
\_\_\_\_\_ Indio americano o nativo de Alaska  
\_\_\_\_\_ Asiático  
\_\_\_\_\_ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico  
\_\_\_\_\_ Blanco  
\_\_\_\_\_ Otros  
\_\_\_\_\_ Prefiero no contestar

Al firmar abajo, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que si proporciono información inexacta, incompleta, engañosa o falsa en esta solicitud o al Centro de Justicia, puedo ser descalificado de la participación en cualquier y todos los programas con el Centro de Justicia o la Asociación de Abogados del Condado de El Paso.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_