

Site: \_\_\_\_\_  
Interviewer: \_\_\_\_\_

# Put Something Back

## Intake Work Sheet

\_\_\_\_ C&A \_\_\_\_ RALA  
Case Type: \_\_\_\_\_  
Income Verification Date  
Received: \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial:** \_\_\_\_\_ **(Sr. / Sra.)** \_\_\_\_\_

**Apellido de Soltera:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**No. de apartamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **No. de Celular:** \_\_\_\_\_

**Num. Social si lo tiene:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Raza

(Marque Uno)  
\_ Asiático  
\_ Afro Americano  
\_ Hispano  
\_ Americano Nativo  
\_ Islas del Pacifico  
\_ Blanco  
\_ Otro

### Estado Civil

(Marque Uno)  
\_ Divorciado(a)  
\_ Casado(a)  
\_ Separado(a)  
\_ Soltero(a)  
\_ Viudo(a)  
\_ Viudo(a)

### Educación

(Marque uno)  
\_ Secundaria  
\_ Estudios Post-Secundarios  
\_ Estudios Post-Graduados  
\_ No recuerdo con certeza  
Ultimo año completado \_\_\_\_

### Empleo

(Marque Uno)  
\_ Full time  
\_ Part-Time  
\_ Retirado  
\_ Desempleado

**Como se informo usted sobre nuestro proyecto?** \_\_\_\_\_

### Ingreso Bruto Por Mes

Renta/Hipoteca : \$ \_\_\_\_\_  
Electricidad/Tele: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Medico: \$ \_\_\_\_\_  
Cuidado Niños: \$ \_\_\_\_\_  
Comida : \$ \_\_\_\_\_  
Transportación: \$ \_\_\_\_\_  
Otros Gastos : \$ \_\_\_\_\_  
Equity in Realty : \$ \_\_\_\_\_  
Equity in Auto : \$ \_\_\_\_\_  
Stocks, Bonds, CD's : \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de Cheque: \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de Ahorro: \$ \_\_\_\_\_

Su Ingreso: \$ \_\_\_\_\_  
SSI: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_  
AFDC: \$ \_\_\_\_\_  
Welfare: \$ \_\_\_\_\_  
Retiro: \$ \_\_\_\_\_  
VA: \$ \_\_\_\_\_  
Desempleo: \$ \_\_\_\_\_  
Manutención \$ \_\_\_\_\_  
Estampillas: \$ \_\_\_\_\_  
Ingreso de esposo(a) \$ \_\_\_\_\_  
Otro Ingreso \$ \_\_\_\_\_  
**Total del Cliente \$** \_\_\_\_\_

**Núcleo Familiar:(total)** \_\_\_\_\_

**Numero total de dependientes:** \_\_\_\_\_

**CUAL ES SU PROBLEMA LEGAL?** \_\_\_\_\_

Usted esta deshabilitado físicamente y necesita acomodaciones especiales? Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**Idioma que domina:**

\_creole    \_francés    \_hebreo    \_portugués    \_español  
\_ingles    \_alemán    \_italiano    \_ruso

**Cliente:**

\_Demandante  
\_Demandado

**Benefits / Defense**

\_ Social Security  
\_ Social Security Disability  
\_ Veterans Benefits

**Consumer /Finance**

\_ Bankruptcy Ch. 7  
\_ Bankruptcy Ch. 13  
\_ Collection  
\_ Contracts  
\_ Warranties  
\_ Liens  
\_ Loans O/T Collections  
\_ Unfair Sales Practice  
\_ License (Auto/Other)  
\_ Education Loans/Student Financial Aid  
\_ Taxation

**Corporations**

\_ Non-Profit Incorporations  
\_ Start Ups

**Employment**

\_ Job Discrimination  
\_ Wage Claim

**Family**

\_ Adoption  
\_ Custody  
\_ Contested Divorce  
\_ Uncontested Divorce  
\_ Name Change  
\_ Paternity  
\_ Support Modification  
\_ Visitation  
\_ Domestic Violence

**General Civil**

\_ General Civil Issues  
\_ Insurance

**Health**

\_ Health Insurance  
\_ Health Related Matters

**Housing/Real Estate**

\_ Deeds  
\_ Landlord Tenant  
\_ Mortgage Foreclosure  
\_ Zoning

**Probate**

\_ Will Drafting  
\_ Guardianship  
\_ Probate of Will or Intestate

Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador de su esposo \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo o esposa \_\_\_\_\_

Abogado del lado opuesto \_\_\_\_\_ Abogado del lado opuesto \_\_\_\_\_

**Comentarios en general:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De acuerdo con el Americans with Disabilities Act of 1990, las personas que necesitan un servicio especial, deben contactar a Eileen Coto, Coordinadora del ADA , al 305-579-5733 extensión 2240, [ecoto@dadelegalaid.org](mailto:ecoto@dadelegalaid.org); localizada en el 123 NW Primera Avenida, Miami, Florida 33128, cinco días antes de su cita. Si usted es una persona con discapacidad auditiva, usted puede llamar nuestro numero de TTY: 305-579-1001 o si necesita asistencia, usted puede llamar el numero de teléfono del servicio de Florida Relay, 1-800-955-8771.

Documentos adjuntos:

For office use only:

Referred By \_\_\_\_\_ Referred To \_\_\_\_\_ Closed / /

Disposition \_\_\_\_\_ Hours \_\_\_\_\_

Accept / Reject

Reason:

# ***PUT SOMETHING BACK***

A Joint Pro Bono Project of the Eleventh Judicial Circuit and the Dade County Bar Association

1. **PUT SOMETHING BACK** es un proyecto auspiciado por la Corte, el Bar Association de Dade County, y los abogados de Dade. El proyecto tiene como objetivo proveer servicios legales gratis a aquellas personas que tienen un problema legal de carácter civil y califican bajo la guía de Pobreza Federal. **PUT SOMETHING BACK** no es una oficina de abogados, sino un servicio de referencia.
2. Si usted califica para el proyecto, podrá ser referido a un abogado privado que voluntariamente ofrezca sus servicios gratis mediante **PUT SOMETHING BACK**. Usted comprende y esta de acuerdo en ser responsable por todos los gastos involucrados o incurridos con su caso, tales como deposiciones, testigos, expertos, traductores, reporteros de corte, llamadas de larga distancia, etc.
3. No garantizamos proveerle un abogado para su caso. **PUT SOMETHING BACK** no acepta ciertos tipos de casos, tales como casos de carácter criminal, de tráfico, de "pequeños reclamos," o casos donde usted desea demandar a una persona o entidad por dinero. **PUT SOMETHING BACK** tampoco aceptara casos civiles en las categorías que carecen de abogados voluntarios disponibles. El proyecto no puede aceptar casos de emergencia, ni casos que requieran servicios legales dentro de los 21 días de la fecha de su entrevista inicial.
4. **PUT SOMETHING BACK** no asistirá a personas que representen falsamente sus ingresos o las circunstancias de su caso. Si se descubre que usted ha representado falsamente cualquier informacion de este tipo, su representación mediante **PUT SOMETHING BACK** podrá ser finalizada y podrá ser sometido a una multa. Si su situación económica cambia, usted tiene la obligación de notificar al proyecto inmediatamente.
5. Usted será responsable por su caso y deberá proteger sus derechos legales hasta que un abogado voluntario de este proyecto acepte y tome responsabilidad por su caso. **PUT SOMETHING BACK** no lo representara ni tomara responsabilidad por su caso.

Verifico que he leído y comprendido lo anterior.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

De acuerdo con el Americans with Disabilities Act of 1990, las personas que necesiten un servicio especial, deben contactar a Eileen Coto, Coordinadora del ADA , al 305-579-5733 extensión 2240, [ecoto@dadelegalaid.org](mailto:ecoto@dadelegalaid.org); localizada en el 123 NW Primera Avenida, Miami, Florida 33128, cinco días antes de su cita. Si usted es una persona con discapacidad auditiva, usted puede llamar nuestro numero de TTY: 305-579-1001 o si necesita asistencia, usted puede llamar el numero de teléfono del servicio de Florida Relay, 1-800-955-8771.