



UNIDAD DE INMIGRACION SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA LEGAL

Información de contacto de la unidad de Inmigración:

491 N. State Rd. 7
Plantation, FL 33317

LegalAidImmigration@LegalAid.org

POR FAVOR LEE: La unidad de Inmigración no acepta a clientes sin cita. Si deseas hablar con un/a abogado/a de inmigración, es obligatorio llenar esta solicitud por completo y firmarla. No contactaremos a los que han entregado solicitudes incompletas. Contactamos a los solicitantes según "primero en entrar, primero en salir." En general, trabajamos con una lista de espera de 6-8 semanas para responder. Te contactaremos por teléfono para una breve entrevista de entrada de clientes, y para programar la consulta con uno de los abogados. La solicitud completa puede ser entregada en persona, por correo electrónico, o por correo a la atención de la "Immigration Unit."

¿VIVES EN BROWARD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es NO , no sigas. Podemos SOLO ayudar a residentes de Broward.	¿Cómo te enteraste de Legal Aid?
Por favor marque todas las que aplican. Si NINGUNA aplica a tu caso, por favor NO sigas. Podemos SOLO ayudar a aquellos que caen en una o todas de las siguientes categorías:			
<input type="checkbox"/> Soy víctima de violencia domestica, o de tráfico (trato) humano, y tengo preguntas sobre mi situación migratoria. <input type="checkbox"/> Soy víctima de otro crimen violento, colaboré con la policía, y tengo preguntas sobre mi situación migratoria. <input type="checkbox"/> Soy menor no acompañado / juvenil inmigrante no viviendo con mis papás, y tengo preguntas sobre mi situación migratoria.			
INFORMACION DEL APLICANTE			
Apellido(s)		Nombre(s)	
Dirección			Apartamento/ Unidad #
Ciudad		Estado	Código Postal
Correo electrónico		Número de teléfono	
¿Número seguro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si NO lo es, ¿a qué número te podemos llamar?	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> _____	¿Situación de vivienda actual? (Alquilas, eres propietario, con quién vives?)
Idioma principal	¿Eres proficiente en inglés?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Seguro social
INFORMACIÓN MIGRATORIA			
¿Eres residente permanente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número "A" (si corresponde)	
Si eres víctima, ¿cuál es el nombre de la persona que te lastimó? (si lo sabes)			
¿Cuál es tu relación con esta persona, si corresponde?		Si lo sabes, ¿cuál es el estatus migratorio de esta persona? (i.e. ciudadano, residente, etc.)	
¿Hiciste informe de policía?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI HICISTE INFORME, POR FAVOR TRÁENOS UNA COPIA DEL INFORME COMPLETO.	Según tu conocimiento, ¿ha sido representado por Legal Aid la persona que te lastimó?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿QUÉ PROBLEMAS TE TRAJERON AQUÍ A LA OFICINA? ¿QUÉ TIPO DE AYUDA INMIGRATORIA ESTÁS BUSCANDO?			

POR FAVOR PROPORCIONA CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERAS IMPORTANTE SOBRE TU ESTADO MIGRATORIO:

¿Tienes fecha de audiencia o fecha tope?

¿Consultaste con otro abogado sobre este asunto?

SI
 NO

Si es así, ¿quién era y cuándo?

¿Has sido representado por Legal Aid? ¿Algún miembro de tu familia?

SI
 NO

Si es así, ¿quién era y cuándo?

TAMAÑO DE LA FAMILIA / INGRESOS DEL HOGAR / EMPLEO

DE ADULTOS (18+) en casa

DE NIÑOS (<18) en casa

TOTAL ANUAL DE INGRESOS DEL HOGAR

\$

Si no tienes ingresos, explica cómo te mantienes a ti mismo y a tu familia

¿Trabajas?

SI
 NO

¿Para quién trabajas?

DEMOGRAFÍA (POR FAVOR ELIGE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

Raza o grupo étnico

Asiático
 Blanco
 Haitianp
 Hispano/Latinx
 Negro
 Prefiero no contestar

Identidad de género

Mujer
 Hombre
 Transgénero F a M
 Transgénero M a F
 Cuestionando
 Género no conforme
 Prefiero no contestar

Orientación sexual

Heterosexual
 Lesbiana
 Gay
 Bisexual
 Cuestionando
 Queer/pansexual/omnisexual/fluido
 Prefiero no contestar

Pronombres

él
 ella
 élle

Infomación adicional

¿SIDA?

SI
 NO

¿Sero+?

SI
 NO

¿Eres veterano/a?

SI
 NO

¿Hay alguien en tu familia que es veterano/a?

SI
 NO

¿Tienes alguna discapacidad?

SI
 NO

¿Sordo/a / discapacidad auditiva?

SI
 NO

¿Ciego/a / Deficiencia visual?

SI
 NO

¿Estás sin hogar?

SI
 NO

¿Tienes seguro médico?

SI
 NO

Si no, ¿quieres ayuda en obtener seguro médico?

SI
 NO

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD, FIRMA Y FECHA

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Reconozco que la falsificación por mi parte de cualquier información material en esta solicitud puede resultar en el rechazo o retiro de la representación por parte de Legal Aid Service of Broward County. **Entiendo que la información que he proporcionado se mantendrá confidencial y no se divulgará de ninguna manera en que me identificaría.** Entiendo que Legal Aid Service of Broward County es una organización sin ánimo de lucro que sirve al condado de Broward, y que la unidad de Inmigración solo atiende a los residentes de Broward que se encuentran dentro de las categorías enumeradas al comienzo de esta solicitud. Autorizo a Legal Aid Service of Broward County a contactar a las personas o agencias necesarias para obtener la información relevante para esta solicitud de servicios.

FIRMA

FECHA