



**IMMIGRATION UNIT  
 APLICACIÓN CONFIDENCIAL PARA ASISTENCIA LEGAL**

Información de contacto de la Unidad de Inmigración:

491 N State Rd. 7  
 Plantation, FL 33317  
 Tel: 954-951-5343  
[Broward-Immigration-Unit@legalaid.org](mailto:Broward-Immigration-Unit@legalaid.org)

**POR FAVOR LEA:** La Unidad de Inmigración no acepta a clientes sin cita previa. Si deseas hablar con un/a abogado/a de inmigración, usted debe completar esta solicitud en su totalidad y firmarla. No contactaremos a aplicantes que entreguen solicitudes incompletas o sin firmar. Contactaremos a los aplicantes en el orden en que las solicitudes fueron recibidas. En general, estamos experimentando una demora de hasta 12 semanas para responder a su solicitud. Le contactaremos por teléfono para una breve entrevista, y para programar una consulta legal con un/a abogado/a. La solicitud completa puede ser entregada en persona, por correo postal, o por correo electrónico a la atención de "Immigration Unit." Por favor tenga en cuenta que esta solicitud no constituye representación legal y no nos hacemos responsable de ninguna fecha tope o fecha de audiencia pendiente.

¿VIVE EN EL CONDADO DE BROWARD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<b>Si la respuesta es "NO," no continúe. Solo podemos ayudar a residentes del Condado de Broward</b>	¿Como se enteró de Legal Aid?
--	--	-------------------------------

Por favor marque todas las que apliquen a su caso. Si **NINGUNA** de estas categorías aplican a su caso, por favor **NO** continúe. Solo Podemos ayudar a aquellas personas que caen dentro de por lo menos una de las siguientes categorías:

- Soy un menor no acompañado o un menor, no-ciudadano, que no vive con sus padres.
- Soy víctima de violencia doméstica.
- Soy víctima de tráfico humano:
  - Fui forzada/o a trabajar sin compensación o me trajeron a EEUU bajo promesa de obtendría un trabajo o
  - Fui forzada/o al comercio sexual.
- Soy y/o un familiar es víctima de un delito grave y el crimen fue reportado a las autoridades.
- Fui víctima de un crimen o persecución en mi país y tengo interés en aplicar para un asilo.
- Estoy o un familiar está en detención migratoria por ICE o en la cárcel del condado de Broward, sujeto a una orden retención de ICE.
- Soy un ciudadano de Venezuela, Haití, Cuba o Ucrania.
- Estoy en proceso de remoción.
- Ninguna de estas categorías aplica, pero tengo preguntas sobre inmigración.

**INFORMACION DEL APLICANTE**

Apellido(s):		Nombre(s):	
Dirección:			Núm. de Apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		¿Podemos usar su correo electrónico para enviarle información sobre su caso o anuncios comunitarios importantes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Teléfono:	¿Es seguro llamarle a este número? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si no es seguro, ¿A qué número le podemos contactar?:	
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"/> _____	Si esta casado/a, nombre del cónyuge:	¿Situación de vivienda actual? <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Vivo con familiar o amigo <input type="checkbox"/> _____
Idioma Principal:	¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	Número de Seguro Social	

**INFORMACION SOBRE SU CASO**

¿Es usted un residente permanente legal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero "A":
¿Si usted es víctima de un crimen, cual es el nombre de la persona que le hizo daño?	
¿Cuál es su relación con esta persona?	¿Cuál es el estatus migratorio de esta persona?
¿Reporto el crimen a las autoridades? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Si reporto el crimen, POR FAVOR COMPARTA UNA COPIA DEL REPORTE POLICIAL CON NUESTRA OFICINA.</b>
Según su conocimiento, ¿Legal Aid ha representado a su agresor? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿QUÉ LE TRAE A NUESTRA OFICINA? ¿QUÉ TIPO DE AYUDA MIGRATORIA ESTA BUSCANDO?

POR FAVOR COMPARTA CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE USTED CONSIDERE IMPORTANTE SOBRE SU SITUACIÓN MIGRATORIA:

¿Tiene fecha de audiencia o fecha tope?

¿Ha consultado con otro abogado sobre este asunto?  SI  NO

Nombre del Abogado:

¿Ha sido usted o un familiar anteriormente representado por Legal Aid?  Si  NO

Nombre del cliente y fecha de representación:

**FAMILIA / INGRESOS / EMPLEO**

Numero de adultos (18+) en el hogar:

Número de niños (<18) en el hogar:

Ingreso anual del hogar \$

Si usted ha declarado que no tiene ingresos, Por favor explique cómo se sustenta usted y su familia

¿Tiene empleo?  SI  NO

Nombre de su Empleador:

**DATOS DEMOGRAFICOS (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)**

Raza o grupo étnico	Identidad de genero	Orientación sexual	Pronombre
<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero F a M <input type="checkbox"/> Transgénero M a F <input type="checkbox"/> Cuestionado <input type="checkbox"/> Genero no conforme <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionando <input type="checkbox"/> Queer/pansexual/omnisexual/fluida <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> Otro _____

**INFORMACION ADICIONAL**

¿SIDA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	¿Seropositivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	¿Es usted veterano/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Es alguien en su hogar un veterano/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Está usted sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene usted alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Sordo/a/ discapacidad auditiva? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ciego/a/ discapacidad visual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene Seguro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si no tiene seguro médico, ¿quiere ayuda a obtener seguro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD, FIRMA Y FECHA**

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a lo mejor de mis conocimientos 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:**

**DATE:**