

Fecha: _____

Nombre completo (con el segundo nombre y apellidos)		Fecha de Nacimiento / /		Otros nombres usados en el pasado		Idioma de preferencia		Género/Sexo	
Su Dirección			Ciudad	Código Postal	Teléfono		¿Es seguro dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si está de acuerdo en contacto a través de correo electrónico, escriba la dirección aquí
Su Etnicidad <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Caucásico						Número Total en Casa	Número de Adultos en Casa		Número de Menores en Casa

¿Actualmente Empleado?	FUENTES DE INGRESOS MENSUAL EN BRUTO								
<input type="checkbox"/> Sí	CalWORKs/TANF	\$ _____ /mo.	Asistencia General	\$ _____ /mo.	Fidecomiso/Acciones	\$ _____ /mo.			
<input type="checkbox"/> No	CAPI	\$ _____ /mo.	Pensión	\$ _____ /mo.	Desempleo	\$ _____ /mo.			
	Pensión Alimenticia	\$ _____ /mo.	Seguro Social	\$ _____ /mo.	Beneficios de Veteranos	\$ _____ /mo.			
	Discapacidad (SDI)	\$ _____ /mo.	Apoyo Conyugal	\$ _____ /mo.	Seguro Del Trabajo	\$ _____ /mo.			
	Empleo/Salario	\$ _____ /mo.	SSI/SSDI	\$ _____ /mo.	Otro: _____	\$ _____ /mo.			

Total Ingreso Mensual \$ _____	Si marco "otro" como fuente de ingresos, o no tiene ingresos, como se mantiene?
--	---

Vivienda Actual <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Sección 8/Subsidio de Vivienda <input type="checkbox"/> Temporalmente con Amigos/Familia <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Residencia Asistida <input type="checkbox"/> Otro: _____			¿Cómo se enteró de Levitt & Quinn Family Law Center? <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Referido por Organización <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Búsqueda en el Internet <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Cliente antiguo		
--	--	--	---	--	--

Nombre de su Actual Esposo/Esposa	Fecha de Nacimiento / /	Otros nombres que su esposo/esposa usado en el pasado
-----------------------------------	----------------------------	---

¿Con que tipo de caso necesita ayuda hoy?	¿Como va pagar su \$40.00 de la consulta de admisión? <input type="checkbox"/> Giro Postal <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Usted o la parte contraria ha presentado documentos en corte? <input type="checkbox"/> No Si es sí... Proxima fecha de corte _____ <input type="checkbox"/> Sí
---	--	--

INFORMACIÓN DE LA PARTE CONTRARIA EN ESTE CASO

Nombre completo (con el segundo nombre y apellidos)	Fecha de Nacimiento / /	Otros Nombres Usado por la parte contraria (actual o pasado)		
Dirección de la parte contraria		Ciudad	Código Postal	Teléfono
Nombre del Esposo/Esposa del Partido de Oposición	Fecha de Nacimiento / /	Otro Nombres Usado por el Esposo/Esposa (actual o pasado)		

¿Ha habido un abogado que le a ayudado en un caso familiar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si es sí....
¿Usted o su esposo/a tienen un negocio o trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre del Abogado: _____
¿Usted o su esposo/a tienen propiedad en otro estado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo de Negocio: _____
¿Usted o su esposo/a tienen propiedad en otro país?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Ubicación de Propiedad: _____
¿Usted (o algún miembro de su familia) es parte de las fuerzas armadas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Ubicación de Propiedad: _____
¿Es usted (o algún miembro de su familia) un veterano de los EE. UU.?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Quien: _____
¿Tiene usted (o cualquier miembro del hogar) una incapacidad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Quien: _____
¿Quisiera información de mediación en su caso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Quien: _____
¿Usted se identifica?: Heterosexual _____ Lesbiana _____ Homosexual _____ Bisexual _____ Otro _____ Declino _____			

LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU CASA, INCLUYENDO LOS NIÑOS MENORES (EXCEPTO USTED)

Nombre completo	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingresos Mensual	Porcentaje de Tiempo en su Casa

NIÑOS MENORES NO VIVIENDO EN SU CASA

Nombre completo	Fecha de Nacimiento	Ciudad/Estado de Residencia	Tiempo Viviendo en Ubicación Actual

PARA LOS CASOS DE ADOPCIÓN ÚNICAMENTE

Nombre del Niño Adoptivo	Fecha de Nacimiento	¿Dónde Nació el Niño?
	/ /	

INFORMACIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA

Nombre completo (con el segundo nombre y apellidos)		Fecha de Nacimiento
		/ /
Dirección		
Ciudad	Código Postal	Teléfono

INFORMACIÓN DEL PADRE BIOLÓGICO

Nombre completo (con el segundo nombre y apellidos)		Fecha de Nacimiento
		/ /
Dirección		
Ciudad	Código Postal	Teléfono

ALTO --- USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Interviewer	Household Size	Type of Case (Circle all that apply)				
AF AL BM EC	1 3 5 7 9	Adoption	Custody	DV	Child Support	Spousal Support
EL LR SH VOL	2 4 6 8 +9	Dissolution	Paternity	Probate	Other	
GMI	Session Fee	Poverty Level		Case Accepted and Assigned to		
\$	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> Other: _____	%				
Screening Service Provided		Not Retained Because:				
<input type="checkbox"/> Legal Information Provided <input type="checkbox"/> Counsel & Advice		<input type="checkbox"/> Complex financial/property issues <input type="checkbox"/> Insufficient documentation to assess <input type="checkbox"/> Cannot assist within applicant's deadline <input type="checkbox"/> Applicant declined to pay intake fee <input type="checkbox"/> Wants full scope attorney of record <input type="checkbox"/> Applicant left without screening <input type="checkbox"/> Matter is outside of our jurisdiction <input type="checkbox"/> Other: _____				
Preliminary Fund Assignment					Number of Minors Impacted	
<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Kids <input type="checkbox"/> Shriver <input type="checkbox"/> Toyota <input type="checkbox"/> Vets					_____	
Notes						

