

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?		Si está de acuerdo en contacto a través de correo electrónico, escriba la dirección aquí										
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Su Etnicidad						Número Total en Casa	Número de Adultos en Casa		Número de Menores en Casa									
<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																		
¿Actualmente Empleado?	<b>FUENTES DE INGRESOS MENSUAL EN BRUTO</b>																	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CalWORKs/TANF		\$ _____ /mo.	Asistencia General		\$ _____ /mo.	Fidecomiso/Acciones		\$ _____ /mo.									
	CAPI		\$ _____ /mo.	Pensión		\$ _____ /mo.	Desempleo		\$ _____ /mo.									
¿Estampillas de comida?	Pensión Alimenticia		\$ _____ /mo.	Seguro Social		\$ _____ /mo.	Beneficios de Veteranos		\$ _____ /mo.									
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad (SDI)		\$ _____ /mo.	Apoyo Conyugal		\$ _____ /mo.	Seguro del Trabajo		\$ _____ /mo.									
	Empleo/Salario		\$ _____ /mo.	SSI/SSDI		\$ _____ /mo.	Otro: _____		\$ _____ /mo.									
<b>Total Ingreso Mensual</b>			Si marcó "otro", o no tiene ingresos, como se mantiene?			¿Hay historia de abuso entre usted y el partido opuesto?												
\$ _____						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Vivienda Actual						¿Cómo se enteró de LevittQuinn Family Law Center?												
<input type="checkbox"/> Renta		<input type="checkbox"/> Sección 8/Subsidio de vivienda		<input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Referido por organización												
<input type="checkbox"/> Temporalmente con amigos/familia		<input type="checkbox"/> Casa móvil		<input type="checkbox"/> Corte		<input type="checkbox"/> Búsqueda en el internet												
<input type="checkbox"/> Refugio		<input type="checkbox"/> Vivienda propia		<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Antiguo cliente												
<input type="checkbox"/> Residencia asistida		<input type="checkbox"/> Otro: _____																
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 \$45.00 de la consulta de admisión?			¿Usted o la parte contraria ha presentado documentos en corte?												
			<input type="checkbox"/> Giro Postal <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> No <b>Si es sí... Proxima fecha de corte</b> _____ <input type="checkbox"/> Sí <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td colspan="2">Número de Caso</td> <td colspan="2">Ubicación del Juzgado</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					Número de Caso		Ubicación del Juzgado					
Número de Caso		Ubicación del Juzgado																

**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	<b>Si es sí...</b>
¿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 _____	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	¿Gustaría asistir a una clase de mediación gratis? _____
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

**UNICAMENTE PARA LOS CASOS DE ADOPCIÓN**

Nombre del Niño Adoptivo	Fecha de Nacimiento	¿Donde 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**

<b>Interviewer</b>	<b>Household Size</b>	<b>Type of Case (Circle all that apply)</b>				
AN BM EC LR	1 3 5 7 9	Adoption	Custody	DV	Child Support	Spousal Support
NS SH VOL	2 4 6 8 +9	Dissolution	Paternity	Probate	Other	
<b>GMI</b>	<b>Session Fee</b>	<b>Poverty Level</b>		<b>Case Accepted and Assigned to</b>		
\$	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 175	<input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> Other: _____	%		
<b>Screening Service Provided</b>		<b>Not Retained Because:</b>				
<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: _____				
<b>Preliminary Fund Assignment</b>					<b>Number of Minors Impacted</b>	
<input type="checkbox"/> Buelah <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Kids <input type="checkbox"/> Shriver <input type="checkbox"/> Toyota <input type="checkbox"/> Vets					_____	
<b>Notes</b>						