

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FUENTES DE INGRESOS MENSUAL EN BRUTO										
¿Estampillas de comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CalWORKs/TANF \$ _____ /mo.		Asistencia General \$ _____ /mo.		Fidecomiso/Acciones \$ _____ /mo.		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 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 <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Temporalmente con amigos/familia <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Residencia asistida						Sección 8/Subsidio de vivienda <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Cómo se enteró de LevittQuinn 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"/> Antiguo cliente			
Nombre de su Actual Esposo/Esposa			Fecha de Nacimiento		Otros nombres que su esposo/esposa usado en el pasado			Género/Sexo			
¿Con que tipo de caso necesita ayuda hoy?		¿Como va pagar su \$45.00 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 <input type="checkbox"/> Sí		Si es sí... Proxima fecha de corte _____				
						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)		Género/Sexo	
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	Nombre del Abogado: _____
¿Usted o su esposo/a tienen un negocio o trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Tipo de Negocio: _____
¿Usted o su esposo/a tienen propiedad en otro estado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Ubicación de Propiedad: _____
¿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	Quien: _____
¿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	¿Gustaría asistir a una clase de mediación gratis? _____
¿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

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

Interviewer	Household Size	Type of Case (Circle all that apply)				
EC SH SM BM	1 3 5 7 9	Adoption	Custody	DV	Child Support	Spousal Support
LR NS 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"/> 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: _____	%		
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"/> Applicant left without screening <input type="checkbox"/> Wants full scope attorney of record <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Matter is outside of our jurisdiction				
Preliminary Fund Assignment					Number of Minors Impacted	
<input type="checkbox"/> Buelah <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Kids <input type="checkbox"/> Shriver <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Vets					_____	
Notes						