



Office Use Only:  New Referral  Repeat Referral  BJH No. \_\_\_\_\_  
 Conflict Check  Stats Entered  Follow Up Needed

## APLICACION PARA SOLICITUD DE SERVICIOS

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Referido por:** \_\_\_\_\_

¿Se ha contactado previamente con un abogado de BJH?  Sí  No Si es Sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección SEGURA:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono SEGURO:** \_\_\_\_\_ **¿Mensaje SEGURO? SÍ**  **NO**

Instrucciones especiales de la llamada: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular

**email SEGURO:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Mujer  Hombre  transexual **Fecha de Nacimiento/ Edad:** \_\_\_\_\_

**Rural:**  Sí  No

**Origen étnico:**  Blanco  AfrAmer  Hispano  NatvAmer  Asiático  Hawaiano  Otro

**Ciudadano Americano:**  Sí  No

**Tiene dificultad para hablar inglés:**  Sí  No

¿**Discapacidad?**  Ninguna  Física  Mental

**Educación:**  <Secundario  >Secundario  Graduado de secundaria  Universitario  Postgrado

¿Ha experimentado la violencia doméstica, asalto sexual, acoso, o la trata de personas?  Sí  No

Físico  Verbal  Emocional  Financiero

Sexual  Acecho  La trata de personas

Si la respuesta a lo anterior, por favor, indique su relación con el autor de la violencia doméstica, asalto sexual, acoso, o la trata de personas:

Actual / anterior cónyuge  Otros familia / miembro del hogar  Citas Relación

Conocido  Desconocido  Otro \_\_\_\_\_

**Ingreso Mensual: \*\*Antes de impuestos y gastos\*\***

**Solicitante solamente**

**Esposo/a**

**Total de otros residentes**

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Fuentes de ingresos:

Empleo: \_\_\_\_\_

Asistencia del gobierno:  Soc Sec, SSDI, SSI  TANF, OAP, Estampillas de comida

Seguro de trabajo o desempleo  Ingreso de: Dividendos, Intereses, Inversiones  Renta por alquiler

Otro ingreso: Manutención de los hijos,  Pensión, Beneficios de VA

Ingreso recibido de alguna otra persona: \_\_\_\_\_

**Bienes (Solo a nombre del Solicitante):**

**Cuentas compartidas (cuentas con la parte contraria):**

Caja de ahorro \$ \_\_\_\_\_

Caja de ahorro \$ \_\_\_\_\_

Cuenta corriente o de cheques \$ \_\_\_\_\_

Cuenta corriente o de cheques \$ \_\_\_\_\_

401K u Otra cuenta de retiro \$ \_\_\_\_\_

401K u Otra cuenta de retiro \$ \_\_\_\_\_

**#Adultos en el Hogar** \_\_\_\_\_ **#Niños en el Hogar** \_\_\_\_\_

**Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?** \_\_\_\_\_

Office Use Only:  <125%  <200%  >200%

**Qué tipo de servicios necesita:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divorcio – Hijos Sí / No | <input type="checkbox"/> Orden de Protección      | <input type="checkbox"/> Alojamiento              |
| <input type="checkbox"/> Paternidad               | <input type="checkbox"/> Compensación de víctimas | <input type="checkbox"/> Inmigración              |
| <input type="checkbox"/> APR/Custodia             | <input type="checkbox"/> Manutención del niño     | <input type="checkbox"/> Manutención del Esposa/o |
| <input type="checkbox"/> Modificación de la Orden | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |   |

**Información de la otra persona**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Nombre Apellido

Género:  Femenino  Masculino  Transexual      Edad/ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de la residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tipo/título de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Estado Civil:**

- Soltera/o     Separada/o     Divorciada/o  
 Casada/o     Viuda/o     En pareja

**Nombre(s) y Fecha de Nacimiento:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**If Married, date of marriage:** \_\_\_\_\_

**Location of Marriage:** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto hace que usted vive en Colorado?**

\_\_\_\_\_

**¿Hay niños menores que comparte con su pareja?**  Sí  No

**¿Cuántos niños?** \_\_\_\_\_

¿Está involucrado el Servicio de Protección al Menor?  Sí  No

¿Se ha abierto un caso?  Sí  No

Número de SPM(s): \_\_\_\_\_

¿Ha/n los niños presenciado o sufrido algún tipo de abuso?  Sí  No

**Información Legal:**

Describa su situación legal:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estoy buscando (por favor marque todas las que correspondan):**

- Asesoramiento jurídico Breve sobre mi problema legal así que sé cómo proceder /cuáles son mis opciones
- Servicios legales breves (es decir, la obtención de formas / revisión de las formas de asistencia / Redacción)
- Representación legal completa por un abogado para mi problema legal



¿Se ha iniciado un caso sobre violencia domestica?  Sí  No

Número del caso: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_

Entrega: \_\_\_\_\_

Inicial Conferencia Estado Fecha: \_\_\_\_\_

¿Hay fecha de corte pendiente?  Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha iniciado una acción civil de violencia domestica?  Sí  No

Cubre: \_\_\_\_\_

Fecha de retorno al tribunal: \_\_\_\_\_

Resultados:  TPO condedido  PPO concedido

¿Ha habido participación de la policía?

Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

¿Orden de alejamiento?  Sí  No

Cubre: \_\_\_\_\_

**Participación de la policía:**

¿Tiene el solicitante VD/otros arrestos?

Sí  No Fecha(s) de arresto y cargo(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene la persona opuesta VD/otros arrestos?

Sí  No Fecha(s) de arresto y cargo(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor describa las circunstancias del arresto más reciente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Violencia Domestica/Letalidad:**

Por favor describa cualquier violencia física o de Asalto Sexual (ej.: golpes, patadas, estrangulación, empujones, tirada de objetos)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Recientemente?  Sí  No

¿Es la violencia frecuente?  Sí  No

¿Ha escalado recientemente?  Sí  No

Por favor describa cualquier abuso verbal o emocional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido seguida/o a lugares, por la persona opuesta, o le ha preguntado varias veces adonde ha ido?  Sí  No

Por favor describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Ha demostrado la persona opuesta ser controlador/a? ¿Controla las finanzas, comidas, su agenda, con quien usted habla, etc.?  Sí  No

¿Tiene la persona opuesta problemas de abuso de drogas o alcohol?  Sí  No

¿Ha intentado la persona opuesta quitarse la vida?  Sí  No

¿Ha recibido amenaza de muerte hacia usted o sus hijos?  Sí  No

¿Es la persona opuesta celosa, o la acusa de infidelidad, o rehúsa dejarla/o tener contacto con amigos y familia?  Sí  No

¿La persona opuesta es dueño o posee armas? Ha usado algo contra usted en forma de arma?  Sí  No

¿Ha la persona opuesta violado una orden de la corte o hecho mención de rehusar a aceptar la decisión de la corte?  Sí  No

**Su elegibilidad para recibir servicios va a ser evaluada con posterioridad. En este momento, BJH no la/o representa legalmente en este u otro caso.**

OFFICE USE ONLY

ATTORNEY NOTES (Legal Issue / Advice Given):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Non-Legal Services Provided:

- Safety Planning     Support Services     Non-Attorney Legal Services     Pro Se Clinic/Group Services

Legal Issues Implicated:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dissolution of Marriage (Divorce) | <input type="checkbox"/> Protection Order                                  |
| <input type="checkbox"/> Paternity                         | <input type="checkbox"/> Allocation of Parental Responsibilities (Custody) |
| <input type="checkbox"/> Child Support                     | <input type="checkbox"/> Maintenance (Alimony)                             |
| <input type="checkbox"/> Post-Decree Modification          | <input type="checkbox"/> Other Family Law Matters _____                    |
| <input type="checkbox"/> Employment                        | <input type="checkbox"/> Income Assistance                                 |
| <input type="checkbox"/> Consumer/Finance                  | <input type="checkbox"/> Criminal Issue                                    |
| <input type="checkbox"/> Housing                           | <input type="checkbox"/> VAWA Self-Petition                                |
| <input type="checkbox"/> Educational Issue                 | <input type="checkbox"/> Immigration Issues                                |
|  | <input type="checkbox"/> Cancellation of Removal                           |

Legal Services Provided:

- Fully Served (helped client with all *eligible* legal problems)  
 Partially Served (helped client with some of *eligible* legal problems)  
 Not Served (Client Declined)

Reason for Decline:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conflict of Interest   | <input type="checkbox"/> Services inappropriate for victims with mental health issues   |
| <input type="checkbox"/> Represented by another attorney  | <input type="checkbox"/> Services inappropriate for victims with substance abuse issues |
| <input type="checkbox"/> Over-income  | <input type="checkbox"/> Transportation   |
| <input type="checkbox"/> Not a DV/SA/Stalking survivor  | <input type="checkbox"/> Lack of child care   |
| <input type="checkbox"/> Open CPS case  | <input type="checkbox"/> Hours of Operation   |
| <input type="checkbox"/> Program reached capacity   | <input type="checkbox"/> Outside of Service Area (counties other than Larimer/Weld)     |
| <input type="checkbox"/> Program unable to provide services due to limited resources/priority-setting |   |
| <input type="checkbox"/> Lack of culturally appropriate services                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Lack of services for people with disabilities                                |   |
| <input type="checkbox"/> Lack of language capacity  |   |

P.O. Box 1977 • Fort Collins, CO 80522 • Business Line: 970.224.2966