



crossroads safehouse  
BRINGING JUSTICE HOME

Office Use: Rural Yes No

## APLICACION PARA SOLICITUD DE SERVICIOS

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

¿Te has puesto en contacto con un abogado de BJH antes?  Si  No ¿Si es así cuando?: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
nombre otro nombre apellido

Previo / Apellido De Soltero/a / Apodos: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal segura: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono SEGURO: \_\_\_\_\_ Instrucciones especiales para llamar: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular \_\_\_\_\_

¿Es seguro dejar un mensaje?  Si  No \_\_\_\_\_

Correo electrónico seguro: \_\_\_\_\_

Género:  Mujer  Hombre  Transgénero  Otro: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Etnicidad (marque todo lo que corresponda):

Blanco/Caucásico  Negro/AfrAmer  Hispano/Latino  NatvAmer/Nativo de Alaska

Asiático  Hawaiano nativo/Isleño del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

Nacido en los Estados Unidos?  Si  No Si no, ¿ciudadano estadounidense?  Si  No

Si no, estado de inmigración: \_\_\_\_\_

Dominio limitado del inglés:  Si  No Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

¿Tiene una discapacidad que afecta su capacidad para trabajar o realizar actividades importantes de la vida diaria?  Si  No En caso afirmativo, ¿Como podemos acomodarte? \_\_\_\_\_

Educación completa más alta:  No me gradué de la secundaria  Graduado de secundaria / GED  
 Asociados  Escuela de comercio  Título  Maestros  Doctorado

### INFORMACIÓN DE LA PARTE OPUESTA

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
nombre otro nombre apellido

Género:  Mujer  Hombre  Transgénero  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador / Nombre del trabajo: \_\_\_\_\_

Su relación con la parte opositora:  Actual / ex cónyuge  Otro miembro de la familia / hogar

Relación de citas  Conocido  Desconocido  Compartir niños  Otro \_\_\_\_\_

### TU ESTADO CIVIL

Soltero/a  Separado/a  Divorciado/a  
 Casado/a  Viudo/a  Vida Conyugal

Si está casado, fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_

Lugar de matrimonio: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo has vivido en Colorado? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado violencia doméstica, agresión sexual, acoso o trata de personas con la parte contraria mencionada anteriormente?  Si  No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:  Físico  Verbal / Emocional  Financiero  Sexual  Acecho  Trata de personas



## APLICACION PARA SOLICITUD DE SERVICIOS

BJH tiene pautas de ingresos para aquellos que pueden recibir servicios legales de nuestra oficina. Nuestra oficina considera la falta de acceso a los ingresos de la otra parte, así como el acceso a recursos legales en su área al considerar las solicitudes. La siguiente información nos ayudará a determinar la elegibilidad para los servicios, pero también los posibles recursos y recursos legales que pueden estar disponibles:

### Ingreso bruto mensual

(ANTES de impuestos y gastos, incluya todas las fuentes de ingresos que se enumeran a continuación)

Solicitante

Esposo

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

### FUENTES DE INGRESOS

Empleo / Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

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

Desempleo, Compensación Laboral  Dividendos, Intereses, Inversión  Propiedades para alquilar

Manutención de niños, mantenimiento  Pensión, VA Beneficios

Apoyo recibido regularmente de otra persona: \_\_\_\_\_

Si no se enumeran ingresos, ¿cuál es la fuente de sustento? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en su hogar sustenta? # Adultos \_\_\_\_\_ # Niños \_\_\_\_\_

### Activos (solo a nombre del solicitante):

Cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de cheques \$ \_\_\_\_\_

401K u otra cuenta de jubilación \$ \_\_\_\_\_

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

Cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de cheques \$ \_\_\_\_\_

401K u otra cuenta de jubilación \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos menores de 18 años?  Si  No Cuantos niños \_\_\_\_\_

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento	¿Compartido con la fiesta de oposición?
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Cuánto tiempo han vivido los niños en Colorado? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sufrido / han sufrido los niños o presenciado el abuso?  Si  No

¿El Departamento de Servicios Humanos / Servicios de Protección Infantil ha estado involucrado alguna vez con su familia?  Si  No ¿Fue un caso judicial iniciado por DHS / CPS?  Si  No Si DHS / CPS estuvo involucrado, describa brevemente las circunstancias de participación:

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

### INFORMACIÓN LEGAL

Proporcione una breve descripción de su problema legal actual:

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



## APLICACION PARA SOLICITUD DE SERVICIOS

¿Hay casos judiciales abiertos?  Si  No

Tipo de caso: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Próximas fechas de la corte: \_\_\_\_\_

Tipo de caso: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Próximas fechas de la corte: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna orden de protección con respecto a usted o la otra parte que tenga conocimiento?

Si  No ¿Quién es la parte protegida?: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez la policía ha estado involucrada?  Si  No

Describa brevemente las circunstancias del arresto más reciente, llamada de la policía:

---

---

---

### ABUSO EXPERIMENTADO

Describa cualquier **abuso físico** (por ejemplo, golpear, patear, estrangular, empujar, arrojar objetos, etc.). Si ha experimentado una **agresión sexual**, indique simplemente “agresión sexual” aquí si prefiere discutir las circunstancias directamente con el abogado. Tenga en cuenta que puede no ser necesario revelar todos los detalles de la agresión sexual para obtener asistencia legal si ha sufrido agresión sexual.

---

---

---

---

Fecha del incidente más reciente: \_\_\_\_\_

Frecuencia de abuso físico:  Diario  Semanal  Mensual  Otro: \_\_\_\_\_

Describa cualquier tipo de acoso u otro tipo de monitoreo que haya experimentado:

---

---

---

¿Tiene la parte contraria algún problema con las drogas o el alcohol?  Alcohol  Metanfetamina  Otras drogas En caso afirmativo, ¿qué drogas?:

---

¿Alguna vez la parte contraria ha amenazado con lastimarte a ti o a tus hijos??  Si  No

¿La parte contraria es dueño o posee armas o ha utilizado algo en forma de arma?  Si  No

¿Alguna vez la parte contraria ha usado un arma u objeto como arma de una manera amenazante?  Si  No

¿Alguna vez la parte opuesta ha amenazado con suicidarse?  Si  No

¿La parte contraria ha violado alguna vez una orden judicial o ha hecho declaraciones sobre la negativa a cumplir con una orden judicial?  Si  No

¿La parte contraria muestra un comportamiento celoso, es decir, lo acusa de infidelidad o se niega a permitirle ver a amigos y familiares?  Si  No

¿Alguna vez la parte opuesta ha mostrado un comportamiento controlador? ¿Intentó controlar las finanzas, las comidas, su horario, con quién habla, etc.?  Si  No

