

# LEGAL AID SOCIETY OF SAN BERNARDINO (BARSTOW)

DATE: \_\_\_\_\_ CLOSE DATE: \_\_\_\_\_

Staff use only:  
Previous visit date: \_\_\_\_\_ Previous funder: \_\_\_\_\_  
Previous stat #: \_\_\_\_\_

**HAVE YOU BEEN A CLIENT IN THIS OFFICE BEFORE?**

Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_

What were you previously here for? \_\_\_\_\_

Who referred you to us? \_\_\_\_\_

Has CPS ever been involved with this case? \_\_\_\_\_

**DO YOU HAVE AN ATTORNEY**  Yes  No

**YOUR NAME & ADDRESS:**

NAME: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Mailing address (if different than physical address):

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

Are you pregnant? \_\_\_\_\_

E-Mail Address: \_\_\_\_\_

**RACE/ETHNICITY (CHECK ALL THAT APPLY):**

Non-Hispanic **OR**  Hispanic **AND**

Black/African Amer.  White

Asian/Pacific Island  Native Am.

Other: \_\_\_\_\_

**SPOUSE:**

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Is this person in the military? \_\_\_\_\_

**ADVERSE PARTY**

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Is this person in the military? \_\_\_\_\_

**MARITAL STATUS**

Single

Married

Separated

Divorced

Widowed

Unmarried Partners

**NUMBER OF DEPENDENTS**

Self  Spouse

Children \_\_\_\_\_

Ages: \_\_\_\_\_

Other(s) \_\_\_\_\_

**TOTAL NUMBER IN HOUSEHOLD** \_\_\_\_\_

Legal Aid Staff Use Only: District: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ICLS \_\_\_\_\_ CNTY  BS  C&A

**Fee waiver and application Match-Signed:** \_\_\_\_\_

Language: \_\_\_\_\_ Prob. Cod: \_\_\_\_\_

Interpreter: \_\_\_\_\_ CSR Report:  Yes  No

Citizenship?  Yes  No Assets:  Yes  No

Liquid Asst: \_\_\_\_\_ Non Liquid Asst: \_\_\_\_\_

If minor(s) involved how many & age: \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT STATUS – I AM:**

Employed

Retired

Unemployed

Disabled

Non-working housewife

Migrant farm worker

Student

Military

**TOTAL GROSS FAMILY INCOME EACH MONTH** (You will have to prove these to the Court, use exact figures from your aid check or from your paycheck)

Your employment \$ \_\_\_\_\_

Hourly Rate \$ \_\_\_\_\_ Hrs per week \_\_\_\_\_

Spouse's Incm. (AVAIL TO YOU) \$ \_\_\_\_\_

Welfare \$ \_\_\_\_\_

Social Security \$ \_\_\_\_\_

Unemployment Insurance \$ \_\_\_\_\_

SSI \$ \_\_\_\_\_

Disability \$ \_\_\_\_\_

Alimony \$ \_\_\_\_\_

Child Support (that you receive) \$ \_\_\_\_\_

Other income available to you \$ \_\_\_\_\_

Specify source: \_\_\_\_\_

**TOTAL MONTHLY INCOME** \$ \_\_\_\_\_

**Food Stamps**  Yes  No

**FINANCIAL NECESSITIES PAID EACH MONTH:**

Medical or nursing costs \$ \_\_\_\_\_

Payment for IRS or state taxes \$ \_\_\_\_\_

Child care expenses \$ \_\_\_\_\_

Transportation for employment \$ \_\_\_\_\_

Child Support (COURT ORDERED) \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL NECESSITIES** \$ \_\_\_\_\_

**WHAT IS YOUR LEGAL PROBLEM?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I TRIED GETTING HELP WITH THIS PROBLEM**

**AT:** \_\_\_\_\_

**CITIZENSHIP ATTESTATION**

I am a citizen of the United States: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Applicant)

\_\_\_\_\_  
(Date)



# 2011/12 Community Development Block Grant Declaración de Requisitos para Beneficiarios



Esta forma tiene el propósito de proveer la información necesaria de requisitos para el uso de fondos monetarios del programa de Community Development Block Grant para los siguientes proyectos. Esta declaración debe ser completada y firmada por la persona (guardián legal o tutor) que solicita recibir los beneficios de las siguientes actividades antes que los servicios sean proporcionados.

## Community Services Department

- Community Outreach(Superación de la Comunidad) Programa/ Servicio: \_\_\_\_\_
- Family Counseling (Conserjería Familiar) \_\_\_\_\_

Cada una de las siguientes preguntas deber ser contestada:

Una familia es un grupo de personas relacionadas o no relacionadas entre si viviendo en la misma casa con al menos un miembro representado como encargado de la casa. Inquilinos, huéspedes, o abonados no pueden ser incluidos como miembros de la familia.

1) Cuanta personas hay en su familia?

2) Es usted la hembra y cabeza del hogar o reside en un hogar donde la cabeza del hogar es una hembra?  Si  No

3) Favor de indicar como se identifica usted. Si usted es parte Hispano, marque Hispano a la apropiada categoría

	Hispanic	Non-Hispanic		Hispanic	Non-Hispanic
Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afro-Americano y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiatico y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska y Afro-Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nativo de Hawaii/de otros isles del Pacifico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Sume por favor los ingresos brutos anuales combinados de todas las persona en su hogar y de todas las fuentes de los ingresos (para esta pregunta la lista de 2011 de categorías de bajos y moderado ingresos \*se presenta abajo–Los ingresos representan el 2011/12 Sección 8 ingresos del Condado de San Bernardino).

Verificación de Ingresos (marque todos los que aplican)

- Empleo: \$ \_\_\_\_\_  SSI/SSDI: \$ \_\_\_\_\_
- Empleo Secundario: \$ \_\_\_\_\_  Mantenimiento de hijo/s \$ \_\_\_\_\_
- Desempleo: \$ \_\_\_\_\_  TANF: \$ \_\_\_\_\_  Estampillas de Comida: \$ \_\_\_\_\_

# de personas en su familia	1 persona Menos de	2 personas Menos de	3 personas Menos de	4 personas Menos de	5 personas Menos de	6 personas Menos de	7 personas Menos de	8 personas Menos de
Muy Bajo	<input type="radio"/> \$13,800	<input type="radio"/> \$15,750	<input type="radio"/> \$17,700	<input type="radio"/> \$19,650	<input type="radio"/> \$21,250	<input type="radio"/> \$22,600	<input type="radio"/> \$24,400	<input type="radio"/> \$25,950
Bajo Ingresos	<input type="radio"/> \$22,950	<input type="radio"/> \$26,200	<input type="radio"/> \$29,500	<input type="radio"/> \$32,750	<input type="radio"/> \$35,400	<input type="radio"/> \$38,000	<input type="radio"/> \$40,650	<input type="radio"/> \$43,250
Ingresos Bajo/ moderado	<input type="radio"/> \$36,700	<input type="radio"/> \$41,950	<input type="radio"/> \$47,200	<input type="radio"/> \$52,400	<input type="radio"/> \$56,600	<input type="radio"/> \$60,800	<input type="radio"/> \$65,000	<input type="radio"/> \$69,200
Cientela Limitada (si aplica a su familia)	<input type="radio"/> niños maltratados	<input type="radio"/> espos/a golpeado	<input type="radio"/> persona de edad avanzada	<input type="radio"/> persona sin hogar	<input type="radio"/> adulto deshabilitado	<input type="radio"/> persona analfabeta	<input type="radio"/> campesino inmigrante	

Other: \$ \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO

Yo certifico bajo perjurio panal que el ingreso y las declaraciones de la familia mencionados en esta forma son verdaderos. La información que se provee en esta forma es solo para los preósitos del programa CDBG y será confidencial.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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