

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)



**CUIDAD DE VICTORVILLE
CDBG PROGRAMA**



OBJETO EXPUESTO 9

Declaración de Calificaciones del Beneficiario (Servicios Públicos Solamente)

Proyecto/Título de actividad:

Número de proyecto:

Nombre/Dirección de Agencia Contratista:

DECLARACIÓN DE CALIFICACIONES DEL BENEFICIARIO

Esta forma tiene el propósito de proporcionar la información necesaria para calificar y poder hacer el uso de los fondos Federales del Desarrollo Comunitario (CDBG) para los proyectos/actividades descritas arriba. Esta declaración tiene que ser llenada y firmada por cada persona o, cabeza de familia (guardián legal) solicitando para recibir beneficios del proyecto/actividad descrita.

Por favor, conteste cada una de las preguntas siguientes.

1. Para esta pregunta una familia es un grupo de parientes o no parientes viviendo en la misma casa con por lo menos un miembro siendo la cabeza de familia. Arrendatarios, huéspedes, o inquilinos no se pueden incluir como miembros del hogar.

➤ **Cuántas personas viven en su hogar?** _____

2. Para esta pregunta, una lista de categorías de sueldos/ingresos para el año 2011 está presentado abajo. Por favor calcule el sueldo/ingreso anual combinado para todas las personas en su domicilio.

➤ **Circule sus sueldos/ingresos anual combinado para todos en su domicilio.**

NUMERO DE PERSONAS	1	2	3	4	5	6	7	8
MUY BAJO 50% y menos (no excederse)	\$22,950	\$26,200	\$29,500	\$32,750	\$35,400	\$38,000	\$40,650	\$43,250
BAJO 51-80% (no excederse)	\$36,700	\$41,950	\$47,200	\$52,400	\$56,600	\$60,800	\$65,000	\$69,200

3. Por favor circule **sí** o **no** si Usted es mujer y cabeza de familia. **Sí** **No**

4. Por reglamento HUD, los datos sobre etnicidad y raza deben ser obtenido por un etnicidad y diez categorías de raza.

➤ **Por favor seleccione una etnicidad y un categoría de raza.**

Por favor llenar y firmar donde indicado del contrario lado de esta forma.



CUIDAD DE VICTORVILLE CDBG PROGRAMA



HISPÁNO/LATINO ETNICIDAD: Por favor circule **sí** o **no**. **Sí** **No**

Si Usted circulo **sí**, por favor seleccione una de las categorías de abajo.

- Sí, Mexicano/Chicano Sí, Cubano
- Sí, Puertorriqueño Sí, Otro Hispano/Latino: _____

RAZA (seleccione una):

- Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco
- Negro/Afro-Americano Asiático y Blanco
- Asiático Negro/Afro-Americano y Blanco
- Indio Americano o Nativo de Alaska Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro-Americano
- Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacifico Otro: _____

5. Se calificaría Usted como cayendo en uno de los próximo categorías: hogar bajo o moderado ingreso, niño maltratado, cónyuge maltratado, anciano(a), persona destituía, invalido, analfabeto o emigrante bracero. Favor de describir que lo califique (i.e. cónyuge maltratado, Yo actualmente vivo en refugio adentro para conyugues maltratados).

RECONOCIMIENTO Y NEGACIÓN

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que las declaraciones de sueldos/ingreso y hogar hechas sobre este impreso son ciertos. Yo también comprendo y estoy de acuerdo que quizás pueden pedir que suministre prueba de sueldo/ingreso como declarado aquí como parte de acatamiento monitorización procedimiento por beneficio recibido departe de el proyecto/actividad.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____

La información que usted aporta en este impreso es para el propósito del programa Desarrollo Comunitario (CDBG) y será mantenida confidencial.