



(FOR INTERNAL USE) File # \_\_\_\_\_

Date Application Received \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Texas RioGrande Legal Aid

4920 N. IH-35, Austin, Texas 78751,  
 Telephone (512) 374-2700, FAX (512) 447-3940, TDD (512) 417-8682,  
 TOLL FREE 1-800-369-9270 or 1-888-988-9996

### APLICACIÓN PARA LA CLINICA LEGAL

Texas RioGrande Legal Aid (TRLA) requiere la siguiente información de clientes de la clínica legal. Toda su información es confidencial. **No podemos considerar su aplicación si no provee TODA la información pedida.** Completando una aplicación no califica automáticamente a su empresa para asistencia legal. TRLA retiene discreción completa para decidir cuales solicitantes acepta. Por favor mantenga una copia de esta aplicación para sus archivos.

**PARTE I. INFORMACIÓN DE SOLICITANTE:** (Si el negocio tiene mas de un dueño, por favor complete **PARTE I** para **cada dueño de la empresa individualmente.** Adjunte hojas adicionales si es necesario):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (Primero) (Medio) (Apellido)

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Es ciudadano EEUU?** Si lo es, favor de **revisar la siguiente declaración y firme aquí:** "Por la presente certifico que soy un ciudadano de los Estados Unidos de América"

\_\_\_\_\_  
 (Firma de Solicitante)

**Si no es ciudadano EEUU, es usted residente permanente?**  Si  No A-Número: \_\_\_\_\_

Dirección de Hogar Física:	Cuidad:	Estado:	Código Postal:
Dirección para Correo (si diferente):	Cuidad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electronico:	Tel. Celular #:	Tel. Hogar #:	Tel. Otro #:

Raza/ Etnicidad:  Blanco (No-Hispano)  Negro (No-Hispano)  Hispano  Asiático  
 Nativo- Americano  Otro: \_\_\_\_\_

Estatus Marital:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  Otro: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar todos los que apliquen:** Es usted...

- Veterano  Hijo de un Veterano  Esposo/ Ex de un Veterano  Contratista de Trabajo Campesino
- Trabajador Campesino  Mayor de 60 años  Deshabilitado Físico  Deshabilitado Mental
- Sordo  Legalmente Ciego  Sin Hogar  Sobreviviente de Violencia Domestica/ Crimen

**Total Numero de Miembros del Hogar** (incluyéndose a usted mismo): Adultos \_\_\_\_\_ Menores \_\_\_\_\_

Favor de llenar la siguiente información para TODOS los miembros del hogar. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Información de Miembros del Hogar (Todas las personas que comparten/ viven en el mismo hogar del solicitante, aunque no sean sus parientes.)				Ingreso MENSUAL					
#	NOMBRE (Primero, Medio, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación a Solicitante (Esposo/a, Hijo/a...etc.)	Promedio de la Ganancia Neta de la Empresa (ver abajo **)	Empleo (no del Negocio)	Beneficios Públicos <i>**Anote el tipo de beneficios públicos, Ejemplo: SSI, TANF, Social Security, VA,...etc.</i>		Otro Ingreso <i>** Anote el tipo de otro ingreso. Ejemplo: Beneficios de Desempleo, Manutención de Menor...etc.</i>	
1	<b>SOLICITANTE</b>	→	<b>SI MISMO</b>	\$	\$	\$	tipo	\$	Tipo
2				\$	\$	\$	tipo	\$	tipo
3				\$	\$	\$	tipo	\$	tipo
4				\$	\$	\$	tipo	\$	tipo
5				\$	\$	\$	tipo	\$	tipo
6				\$	\$	\$	tipo	\$	tipo

**\*\* Promedio de la Ganancia Neta de la Empresa** - la cantidad que recibe de su empresa después de deducir los gastos comerciales de las ventas brutas.

Indique la cantidad **ACTUAL** o el **VALOR NETO** de los siguientes recursos suyos y de los otros miembros del hogar:

RECURSOS PERSONALES	Solicitante (Usted)	Otros Miembros del Hogar
Efectivo en Mano	\$	\$
Cuentas Bancarias (Cheques & Ahorros)	\$	\$
Bolsas de Valor/ Bonos/ CD's	\$	\$
Propiedad, Bienes y Raíces, o Terreno (NO su hogar residencia primaria.) <b>** El Valor Neto solamente/ Capital</b>	\$	\$
Otro: _____	\$	\$

Indique la **cantidad MENSUAL** para cualquiera de las siguientes gastos suyos y de los otros miembros del hogar:

RESPONSABILIDADES/ GASTOS	Solicitante (Usted)	Otros Miembros del Hogar
Hipoteca/ Renta	\$	\$
Préstamo y Seguro de Vehículo	\$	\$
Impuestos de Propiedad	\$	\$
Impuestos de Empleo por Cuenta Propia	\$	\$

**\*\*RECUERDA**—CADA INDIVIDUO DUEÑO DE LA EMPRESA DEBE LLENAR "PARTE I." Y FIRMAR LA ULTIMA PAGINA DE ESTA APLICACIÓN.

## PARTE II. INFORMACIÓN DE EMPRESA:

Nombre de Empresa: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio de Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección de Empresa Física:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Página Web (si alguna):	Correo Electronico	# Tel. de Empresa:	

Entidad de Negocio:  Propietario Único  Sociedad  Corporación  
 LLC  Nuevo/ No Formado  Otro: \_\_\_\_\_  
 Usted archiva un DBA con su condado?  Si  No

Indique la **cantidad ACTUAL** o el **VALOR NETO** de los siguientes recursos disponibles para la empresa:

RECURSOS DE LA EMPRESA	Cantidad
Efectivo en Mano & Cuentas Bancarias (No incluir fondos de prestamos a la empresa)	\$
Bienes y Raíces ( i.e. Propiedad, Terreno...etc.) <b>**Ingrese Valor Neto/ o Capital</b>	\$
Otro: _____	\$

Tiene empleados su negocio?  Si  No Cuantos empleados? \_\_\_\_ (tiempo completo) \_\_\_\_ (medio- tiempo)

Contratan a contratistas independientes?  Si  No Usan un contrato por escrito?  Si  No

Favor describa su negocio o idea de negocio.

**PARTE III. SERVICIOS LEGALES SOLICITADOS**

En es espacio abajo, por favor describa el tipo de asistencia legal que esta buscando en la clinica. Adjunte hojas adicionales si es necesario y documentos relacionados con este asunto, si es aplicable.

**Conflicto de Interés:** TRLA evalua y identifica posibles conflictos de interés. *Favor de anotar los nombres y la información de contacto de todas partes involucrados en este asunto legal. (ex. El otro partido a un contrato.)*

**Me estoy reuniendo con un abogado voluntario a través de TRLA para discutir los problemas legales de mi pequeña empresa. Entiendo que el papel del abogado es limitado y que él/ella no me representa después de la consulta clínica de hoy. También entiendo que las limitaciones de tiempo de una clínica legal evitan que el abogado brinde asesoramiento integral en esta consulta clínica. El abogado no usará ni revelará ninguna información confidencial que revele durante esta consulta; pero reconozco que el abogado o su firma de abogados pueden representar actualmente o en el futuro a un cliente cuyo interés puede estar en conflicto directo con el mío. Estoy de acuerdo en que esta consulta no impedirá que el abogado o su firma de abogados participen en dicha representación.**

**Por la presente certifico que la información indicada en esta solicitud es verdadera y correcta.**

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