

Solicitud Para Asistencia Legal Para Víctimas

Esta solicitud es para víctimas de la violencia doméstica, la agresión sexual y/o el acoso quienes solicitan asistencia legal a través de los programas de asistencia jurídica de la Family & Child Legal Advocacy Clinic de la Universidad Wyoming y de la Coalición de Wyoming en Contra de la Violencia Doméstica y el la Agresión Sexual (WCADVSA).

Si usted desea ayuda con esta solicitud, favor de marcar esta casilla, llenar la primera página de la solicitud y enviarla por fax o correo al programa anotado por detrás de la última página de la solicitud. Podemos ayudarla(lo) a llenarla por teléfono.

¿Con cuál tipo de cuestión legal desea usted ayuda? (Seleccione todo lo que aplica)

- Divorcio Orden de protección para la violencia doméstica Orden de protección para la agresión sexual
 Orden de protección para el acoso La custodia / visitación Defensoría para investigación criminal de la agresión sexual
 La pensión alimenticia Alojamiento (incluso propietario(a)/arrendatario(a)) El empleo
 Establecimiento de la paternidad La inmigración Otro (favor de describir): _____

Documentos Legales: Si usted recibió documentos legales favor de marcar "sí" en la casilla que sigue y dar la fecha cuando recibió los documentos. Si hay una fecha de comparecencia ante un juzgado, favor de dar la fecha.

¿Usted recibió documentos? sí no Si es así, quién los entregó? _____

¿En cuál fecha los recibió o en cuál fecha los entregó? _____

¿Cuál es el título del documento? _____

****Favor de adjuntar una copia de los documentos legales (Orden de protección, Demanda de divorcio, Petición para la custodia, etc.)****

I. Información sobre usted:

Nombre completo legal: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Varón Mujer Otro Nombre conyugal: _____ Lugar de nacimiento: _____

Número de teléfono seguro: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es prudente/seguro enviar correo a esta dirección? sí no

Si es que no, provea una dirección seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico seguro: _____

¿Vive usted en Wyoming actualmente? sí no Si es así, por cuánto tiempo ha vivido en Wyoming? _____

Si no podemos ponernos en contacto con usted, ¿quién podemos contactar para encontrarla(lo)?

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Ha hablado con alguien sobre la planificación de seguridad? sí no Si es que sí, ¿con cuál organización habló? _____

II. Información sobre la otra persona (a veces designada "parte opositora")

Nombre completo legal: _____ sobrenombre/alias: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Género: Varón Mujer Otro Número de teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Dirección para correo (si distinta): _____

Relación con usted: Esposo actual Esposo anterior Compañero íntimo actual o anterior Relación amorosa
 Desconocido Otra familiar (hermano, padre, etc.): _____ Otro: _____

IV. Discapacidades o necesidades especiales/solicitud para un intérprete:

¿Usted se considera una persona con una discapacidad? sí no Si es así, favor de describir la discapacidad y cualquier acomodación que necesite: _____

¿Cuál es su idioma preferido si no es el inglés? _____ ¿Necesita un intérprete? no sí

V. Otra información (solo para recolección de datos):

Su raza/identidad étnica: Blanco(a) Hispánico(a) o Latino(a) Negro(a) o afroamericano(a) Asiático(a)
 Nativo(a) de América del Norte/de Alaska Nativo(a) de Hawái y/o de la Polinesia Otro: _____

VI. Llene esta sección si necesita ayuda con: el divorcio/la custodia/la pensión alimenticia o la tutela

Ciudad/condado del matrimonio	Estado	Fecha de matrimonio	Última fecha de convivencia

Hijos:

A. ¿Por cuánto tiempo han vivido los hijos en Wyoming? _____

B. Favor de enumerar la siguiente información para todos sus hijos o para los hijos por los cuales busca la tutela (si necesita espacio adicional, incluya una hoja separada con esta información):

Nombre completo del hijo	Fecha de nacimiento	Ciudad y estado de nacimiento	¿Con quién vive el hijo actualmente?	Nombre de la madre	Nombre del padre

C. ¿Ha sido cualquier otra acción legal acerca de los hijos (la pensión alimenticia, la custodia, el abuso/la negligencia, órdenes de protección, cuidado temporal, etc.)? sí no Explique: _____

Si es así, favor de **adjuntar una copia de cada orden** y enumerar las órdenes a continuación:

Tipo de acción legal	Ciudad/condado	Fecha de la orden	Fecha(s) cuando se cambió la orden

D. Si desea cambiar una orden actual, favor de describir lo que ha cambiado desde que la última orden se estableció y las razones por las cuales sería del bienestar de los hijos cambiar la orden actual:

E. ¿Se ha involucrado el Departamento de Servicios para Familias (DFS) con usted, sus hijos, o la otra persona?

no sí Si es así, explique: _____

Orden(es) del tribunal adjuntada(s) (todas las órdenes previas deben ser divulgadas para dejarnos tomar una decisión sobre su solicitud)

VII. Explique en general lo que ha pasado y la razón por la cual solicita asistencia jurídica:

VIII. Información general:

A. ¿Usted se siente segura(o)? Favor de explicar: _____

B. ¿La(lo) ha maltratado a usted físicamente la otra persona? no sí Si es así, ¿cuándo y qué pasó?: _____

C. ¿La(lo) ha amenazada la otra persona? no sí Si es así, ¿cuándo y qué pasó?: _____

D. ¿La(lo) ha contactado a usted la otra persona muchas veces por medio de teléfono, correo electrónico, textos, o redes sociales? no sí Si es así, explique: _____

E. ¿Usted ha buscado atención médica por el abuso? no sí Si es así, explique: _____

F. **Seleccione todo lo que aplique:** Me usó/amenazó con armas Me engano o me forzó a tener sexo me estranguló la otra persona me ha amenadado por mi estatus migratorio La otra persona me ha prevenido de salir de mi casa la otra persona ha secuestrado o me ha amenazado con secuestrar a mis hijos La otra persona ha amenazado a mis hijos La otra persona no respeta mi privacidad

Información de los cuerpos policiales: ¿La policía ha sido contactada? no sí no sé

G. Si la policía no ha sido contactada, ¿usted piensa hacer un denuncia? no sí no sé

H. ¿Usted o la otra persona tiene una orden de protección? Si es así, **favor de adjuntar una copia y dar esta información:**

Fecha	Ciudad/condado de la orden	Estatus actual	¿En contra de quien fue emitido la orden?

IX. Para víctimas de la agresión sexual:

A. ¿Está preocupada(a) por la posibilidad de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual? no sí

B. Está experimentando dificultades en la escuela como consecuencia del abuso? Favor de explicar: _____

C. Como consecuencia de la agresión sexual, ¿ha sido arriesgado su privacidad? Favor de explicar: _____

D. Como consecuencia del abuso, ¿con cuáles asuntos necesita ayuda? (seleccione todo lo que aplique): la escuela (queja del título IX/ queja de OCR) la privacidad el empleo alojamiento defensoría para investigación o caso criminal de la agresión sexual Otro: _____

X. Para víctimas del acoso:

A. ¿Conoce al acosador/la acosadora? no sí Si es así, ¿Cómo? _____

B. Favor de explicar lo que ha hecho esta persona para causarle a sentir miedo: _____

C. ¿Con qué frecuencia le contacta a usted esta persona? _____

XI. Información de las finanzas:

A. Los ingresos de usted: Empleado(a) por: _____

Ingresos mensuales: _____ No empleado(a) Último empleador: _____

Última fecha de empleo: _____ Otras fuentes de ingresos (subsidio de cesantía, cupones de alimentos, la pensión alimenticia, la seguridad social, etc.): Describa los tipos y las cantidades: _____

B. ¿Con cuántas personas vive usted? _____ Dé los nombres de las personas y su relación con usted : _____

C. Los ingresos de la otra persona: Empleado(a) por: _____

Ingresos mensuales: _____ No empleado(a) Último empleador: _____

Última fecha de empleo: _____

XII. Otra información:

A. Si hay otra información que debemos saber antes de revisar esta solicitud, favor de adjuntar una hoja separada en la que nos da la información.

Con mi firma abajo, yo declaro que la información contenida arriba es cierta y correcta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que no todos los solicitantes son elegibles para la representación legal. Hasta que recibe notificación por escrito que mi caso ha sido aceptado, entiendo que soy solamente un(a) solicitante para servicios en este momento y que no soy cliente del Programa Legal de la WCADVSA, ni estoy en la lista de espera del Programa Legal.

Firma: X _____ Fecha: _____

Enviar la solicitud a una de las localizaciones siguientes:

Si usted vive en el condado de Albany o Laramie y su solicitud no se trata de la agresión sexual:

Family & Child Legal Advocacy Clinic
1000 E University Ave, Dept. 3010
Laramie, WY 82073

Phone: (307) 766-3747

Email: famlaw@uwyo.edu

Fax: (307) 766-4823

Si usted vive usted en cualquier otro condado de Wyoming o en la Wind River Indian Reservation, o si vive en el condad de Albany o Laramie y su solicitud se trata de la agresión sexual:

WCADVSA Legal Program
P.O. BOX 236

Laramie, WY 82073

Email: legalteam@wyomingdvsa.org

Fax: (307) 755-5482

Telefono: Si usted tiene preguntas, no dude en llamarnos a 307-755-0992.

****Documento Confidencial****

El formulario a continuación es un lanzamiento limitado de información. Al llenarlo y firmarlo, usted da consentimiento para compartir la información confidencial que aparece en su solicitud con agencias, programas, e individuos con el propósito de darle a usted servicios legales completos de lo mejor. Si usted da consentimiento para compartir su información, por favor, llene este formulario lo más detalladamente posible por medio de marcar las casillas apropiadas y anotar nombres o agencias específicos con los cuales podemos compartir su información. Favor de entender que usted no tiene ninguna obligación de firmar un lanzamiento de información.

LANZAMIENTO LIMITADO DE INFORMACIÓN

Lea Primero: Antes de que usted decida si desea que el Programa Legal de la WCADVSA comparta su información confidencial con otra agencia o persona, usted tiene el derecho de consultar con un/a abogado(a) sobre todas las alternativas, los riesgos potenciales y los beneficios que podrían resultar si comparte su información confidencial. Si decide que el Programa Legal de la WCADVSA comparta aspectos de su información confidencial, puede utilizar esta forma para elegir qué es lo que se comparte, cómo se comparte, con quién se comparte y por cuánto tiempo.

Yo entiendo:

- que el Programa Legal de la WCADVSA tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, mi información de identificación personal, y mis expedientes. Entiendo también que puedo permitir que el Programa legal de la WCADVSA comparta algo de mi información con ciertos individuos o agencias.
- que no tengo que firmar un formulario del lanzamiento de información.
- que no tengo que permitir que el Programa Legal de la WCADVSA comparta mi información. **El firmar un formulario del lanzamiento es totalmente voluntario.** Esta autorización está limitada a lo que he escrito arriba. Si quisiera que el Programa Legal de la WCADVSA divulgue mi información en el futuro, necesitaré firmar otra autorización de tiempo limitado y por escrito.
- que al divulgar información sobre mí es posible que otra agencia o persona obtenga información sobre mi localización y que se confirme que he estado recibiendo servicios del Programa Legal de la WCADVSA
- que es posible que dentro de los parámetros profesionales del Programa Legal de la WCADVSA y otras agencias o personas no se pueda controlar mi información una vez que haya sido divulgada a la persona o agencia antedicha. Además, entiendo que se le podría requerir por ley o práctica a la persona o agencia que obtenga mi información que la divulgue con otros.

Yo, _____, autorizo lo siguiente con respecto al Programa Legal de la WCADVSA:
Nombre

El Programa Legal de la WCADVSA puede compartir mi información con:	<i>(Ejemplo: una persona y/o una organización)</i>
La siguiente información sobre mi será compartida:	<i>(Anote lo más detalladamente posible, por ejemplo: nombre, fechas, ciertos documentos)</i>
La información puede ser compartida: (Marque todo lo que aplique)	<input type="checkbox"/> en persona <input type="checkbox"/> por teléfono <input type="checkbox"/> por fax <input type="checkbox"/> por correo <input type="checkbox"/> por correo electrónico* <input type="checkbox"/> *Entiendo que el correo electrónico (e-mail) no es confidencial y que puede ser interceptado y leído por otras personas

Entiendo que este formulario es válido cuando lo firmo y que seguirá siendo válido durante un año desde la fecha que aparece abajo y que puedo retirar mi consentimiento a esta autorización en cualquier momento, de forma oral o escrita.

Si usted quisiera que este formulario sea válido durante una cantidad de menos de un año, por favor, indique la fecha de vencimiento (mes/día/año): _____.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Testigo** _____