

**ONTARIO COUNTY CONFLICT DEFENDER
ASSIGNED COUNSEL PROGRAM
3010 COUNTY COMPLEX DRIVE
CANANDAIGUA, NY 14424
TELEPHONE: (585) 396-4284
FAX: (585) 396-4292**

Email: ConflictDefender@ontariocountyny.gov

CONFIDENCIAL

**Por favor tenga en cuenta que asignamos abogados después de su primera audiencia.
Devuelvanos este formulario inmediatamente después de su primera audiencia.**

Fecha: _____ **¿Cuándo fue su primera audiencia en este caso?** _____

INFORMACION PERSONAL

Nombre y Apellido): _____
Seguro social: _____ Fecha de Nacimiento): Mes ____ / Día ____ / Año ____
Otros apellidos que usted ha usado: _____
Dirección: _____ Telefono #: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Telefono Alternativo #: _____
Correo electronico: _____

Nombres de dependientes en su casa que usted apoya financieramente: (incluye una hoja adicional si es necesario)

1) _____ Edad ____ 3) _____ Edad ____ 5) _____ Edad ____
2) _____ Edad ____ 4) _____ Edad ____ 6) _____ Edad ____

INFORMACION SOBRE EL CASO

Juez: _____ **Proxima Audiencia:** _____ **Horario:** _____

**Usted es el Peticionario -o- Respondiente nobrado en la petición? (por favor indique uno)
Representante nombrado en la petición:** _____

La relación entre usted y los niños nombrados en la petición: Madre Padre Otro _____
Una acción para: Custodia Visita Offensa de familia (Orden de Protección)
Modificación de custodia Modificación de visita Violacion de una orden de corte
Abuso y/o Negligencia Otro _____

REPRESENTACION ANTERIOR

¿Ha tenido un abogado asignado en el pasado? Sí No
Nombre del abogado: _____ ¿Está bien si recibe asignación del mismo abogado? Sí No

EMPLEO/INGRESOS

Está empleado? SI NO Por favor incluya su talón de pago más reciente si tiene uno.

Nombre de empleador: _____
Cantidad de salario neto: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual (indique uno)
Recibe beneficios de desempleo? Sí No **Si sí, cantidad:** \$ _____ por _____

VER EL REVERSO

PARTE II

OTROS TIPOS DE INGRESOS

- 1) ¿Usted recibe **beneficios de asistencia pública**? Sí No
- 2) ¿Usted recibe **cupones de alimentos**? Sí No
- 3) ¿Usted (u otro miembro de la casa) recibe **SSI o SSD**? Sí – Cada mes \$ _____ NO
- 4) ¿Usted recibe una pensión, **anualidad, o pago de Jubilación**? Sí CANTIDAD \$ _____ NO
- 5) ¿Usted recibe ingreso desde **propiedad inmobiliaria**? Sí CANTIDAD \$ _____ NO
- 6) Incluya una lista de otras fuentes de ingreso que usted recibe (no incluye apoyo para niños)
- a) _____ Cantidad \$ _____ c) _____ Cantidad \$ _____
- b) _____ Cantidad \$ _____ d) _____ Cantidad \$ _____

SI USTED NO TIENE INGRESO, cómo se mantiene? _____

ACTIVOS

- 1) ¿Tiene una cuenta de cheques y/o ahorros? Sí **Aproximadamente cuanto** \$ _____ NO
- 2) ¿Usted es el dueño de una casa? Sí ¿Es una casa, condo o terreno, etcétera? _____ NO
Dirección: _____
Valor de la propiedad (estimado): \$ _____ Cantidad debido: \$ _____
- 3) Lista de vehículos usados para actividades no básicas: _____
¿ Cual es su valor (estimado): \$ _____ Cantidad debido: \$ _____
- 4) Incluye el valor de todos los acciones y bonos en el nombre del aplicante: _____

GASTOS MENSUALES

Hipoteca o pago de la renta	- \$ _____	mensual	semanal
La guardería	- \$ _____	mensual	semanal
Apoyo conyugal/Pension alimenticia	- \$ _____	mensual	semanal
Utilidades (electricidad, gas)	- \$ _____	mensual	semanal
Cable/Internet	- \$ _____	mensual	semanal
Prestamo de coche	- \$ _____	mensual	semanal
Seguro de coche	- \$ _____	mensual	semanal
Telefono/Celular	- \$ _____	mensual	semanal
Cuentas medicas recurrentes	- \$ _____	mensual	semanal
Otros gastos (describa abajo)	- \$ _____	mensual	semanal
_____	- \$ _____	mensual	semanal
_____	- \$ _____	mensual	semanal
_____	- \$ _____	mensual	semanal

Firma: _____

Fecha: _____

FOR SCREENER

Income based on information provided: \$ _____

No. of dependents listed: _____

Eligible under new income guidelines? Y N \$ _____

Within the past 6 months, has the applicant been found eligible for assigned counsel in another Family Court case? Y N

If not eligible, state why: _____ Ineligible letter sent? _____

Is the applicant currently incarcerated, detained, or confined to a mental health facility? Y N