

Uso de oficina

Rank: _____

F/U: _____

Honorario de consulta: _____

¿Cómo supo de nosotros?

Web Periódico Repetición Referido

SU INFORMACIÓN

Fecha de hoy:

MM / DD / AAAA

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Domicilio: Numero y Calle		Apartamento:
Ciudad	Estado:	Zip:
Teléfono de casa: ()		Teléfono de celular: ()
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:
Nombre de quien lo refirió:		Relación:

Esta es una consulta de una sola vez. Esta consulta está basada en preguntas y hechos acerca de la persona (s) en este cuestionario y que se basa en las leyes vigentes y existentes. Si hay nuevos problemas adicionales o problemas con respecto a la persona (s), los futuros cambios o diferencias en la ley o los hechos y / o problemas de otra persona, una nueva consulta y / o honorarios de la consulta será necesario. Es importante que usted complete este cuestionario con precisión, sincera y completa. Su información es estrictamente confidencial.

¿Para quién es esta consulta?

para mi mismo Esposo(a) Para miembro de familia Para un amigo

RESTO DE FORMULARIO LLENE LA INFORMACION DE QUIEN ES ESTA CONSULTA

Primer Nombre: <small>(como aparece en la acta de nacimiento)</small>	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA	Edad:
Otros nombres usados:		Ciudad y país de nacimiento:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		¿Ha sido casado(a) más de una vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces?:		
¿Alguna vez ha solicitado un permiso de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Numero A: A ### - ### - ###		
¿Alguien ha solicitado algún beneficio de inmigración para usted o sus padres? (Familia/Labor): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		En caso que si, ¿Quién aplico por usted y cuando? MM / DD / AAAA		
¿Tiene alguna otra familia en los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tíos/Tías <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijos		En caso que si, ¿cuál es el estatus de ellos? <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Indocumentado		
¿Ah atendido High School en EE.UU., o ah obtenido GED o esta atendiendo escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Nombre de escuela?	¿Desde cuando? MM / DD / AAAA	
¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, ¿adónde?	¿Desde cuándo? MM / DD / AAAA	¿Reporta impuestos anuales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha consultado o retenido abogado(a)(s) en relación de cualquier asunto inmigratorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso que si, ¿cual es nombre del abogado(a)?:		

SI ESTA CASADO – INFORMACION DE ESPOSO(A)

Primer Nombre: <small>(como aparece en la acta de nacimiento)</small>	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA	Edad:
Ciudad y país de nacimiento:		¿Cuál es el su estatus legal? <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Indocumentado		
Fecha de matrimonio: MM / DD / AAAA	Lugar de matrimonio:		¿Está su esposo(a) en este país? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Su esposo(a), ha sido(a) casado antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces?:		¿Hay hijos de matrimonio anterior? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No en caso que si, ¿Cuántos?:		

INFORMACION DE HIJOS						<input type="checkbox"/> SI NO APLICA
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	País de nacimiento	Fecha de nacimiento:	Edad:	
				MM / DD / AAAA		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	País de nacimiento	Fecha de nacimiento:	Edad:	
				MM / DD / AAAA		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	País de nacimiento	Fecha de nacimiento:	Edad:	
				MM / DD / AAAA		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	País de nacimiento	Fecha de nacimiento:	Edad:	
				MM / DD / AAAA		

INFORMACIÓN DE VIAJES		<input type="checkbox"/> Si Nunca
¿Cuándo fue la primera vez que entró en los EE.UU.? MM / DD / AAAA	¿Cómo entró a los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Legal con Visa <input type="checkbox"/> ilegal <input type="checkbox"/> Otro	
¿Ha salido desde que entro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que si, ¿Cuántas veces?	¿Cómo fue la última vez que entro en los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Legal con Visa <input type="checkbox"/> ilegal <input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE INMIGRACIÓN	
¿Ha sido detenido(a) por inmigración y le tomaron huellas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No en caso que si, ¿Cuántas veces?	
¿Ha sido deportado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo?	¿Ha recibido salida voluntaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas veces?
¿Ha ocupado documentos falsos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez dijo ser ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido arrestado por la policía ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que si, ¿Cuántas veces?	En caso que si, ¿por qué?
¿Alguna vez ha sido condenado de un delito ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que si, ¿Cuántas veces?	En caso que si, ¿cuál fue su sentencia?
¿Alguna vez ha ido a la corte de inmigración ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso que si, ¿Cuántas veces?	En caso que si, ¿por qué, y adonde?
¿Tiene miedo regresar a su país de nacimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si, ¿por qué?
¿Alguna vez has sido víctima de un delito o abuso ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique por qué:	

Ninguna relación de abogado-cliente deberá existir entre el cliente y el cargo en virtud de este cuestionario o consulta, a menos que y / o hasta que el cliente contrate formalmente nuestros servicios en virtud de un contrato escrito / retén acuerdo, firmado por nosotros, y el cliente paga los honorarios del abogado aplicable y los costos de dichos servicios.

Por la presente certifico bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los EE.UU., que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y correcta.

Firma de el / la consultante

Escriba su nombre con letra de molde

Fecha

PARA USO DE OFICINA