



WAKE FOREST
UNIVERSITY

SCHOOL of LAW

OFICINA LEGAL PARA LA TERCERA EDAD

P.O. Box 7206

Winston-Salem, NC 27109-6226

Teléfono: (336) 758-5061

Fax: (336) 758-6237

Sitio Web: elder-clinic.law.wfu.edu

Cuestionario de Elegibilidad

Entendemos que usted o alguien a quien usted conoce necesita asistencia legal. Para poder recibir servicios legales gratis, la persona debe tener **60 años o más**. También debe tener un ingreso bajo o moderado.* Para poder determinar si usted o la persona a quien usted representa reúne los requisitos, le pedimos que conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta, no se preocupe. Nos puede llamar más tarde con la información. Toda la información que usted nos dé se mantendrá confidencial.

***Su ingreso mensual debe ser de aproximadamente:**

- \$1,800 o menos, si vive solo, o
- \$2,400 o menos, si está casado.

Ejemplos de casos que típicamente manejamos:

- Testamentos (si la persona tiene bienes inmuebles)
- Testamentos vitales
- Poderes
- Poderes para la atención de la salud
- Planificación para recibir Medicaid
- Tutela
- Preguntas sobre el hogar de ancianos
- Abuso
- Fraude o problemas del consumidor

Ejemplos de casos que no manejamos:

- Penales
- Violaciones y accidentes de tránsito
- Errores médicos
- Sucesiones
- Accidentes por caídas
- Divorcios

Complete las páginas 2 y 3 y envíelas en el sobre adjunto o por FAX.

Si usted tiene 60 años o más, por favor, complete con su información (en letras de imprenta):

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: M F N° de SS: _____ - _____ - _____

Edad: _____ Fecha de nac. (MDA): ____/____/____ N° de personas que viven en la casa _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Cód. postal _____

Teléfono de la casa: (_____) _____ Otro teléfono (_____) _____

Si no tiene teléfono, dé un número para que lo llamemos: (_____) _____

Marque uno: Casado Divorciado Viudo Separado Soltero

Nombre del cónyuge: _____ N° de SS: _____ - _____ - _____ Fecha de nac.: _____

FUENTE DE INGRESO	INGRESO MENSUAL
Seguro Social (Esposo)	\$
Seguro Social (Esposa)	\$
SSI (Ingresos suplem.)	\$
Beneficios de veterano	\$
Benef. jubilatorios (O)	\$
Benef. jubilatorios (A)	\$
Empleo:	\$
Otro: _____	\$
Total:	\$

(O) = esposo (A) = esposa

¿Tiene vehículo? Sí No Año: _____

Marca: _____ Modelo: _____

ACTIVO	SÍ	NO	VALOR APROXIMADO
Cuenta corriente			\$
Cuenta de ahorros			\$
Certificados de depósito			\$
Acciones/Bonos			\$
Pensiones			\$
Inversiones			\$
Cuenta para jubilación			\$
Vivienda (valor impositivo)			\$
Otros bienes inmuebles			\$
Casa rodante (valor imposit.)			\$
Otro: _____			\$
Total:			\$

¿Tiene gastos médicos regulares que su seguro no cubre? Sí No

Si contestó Sí, explique: _____

¿Qué tipo de asistencia legal necesita? Escriba una descripción breve. (Use la página siguiente si necesita más espacio.)

Si este caso es contra una persona o empresa/acredor, dé los nombres de ellos:

Para uso oficial

Date rec'd: _____ Send WL letter _____ Send DNQ letter _____ Conflict Checked: ____/____/____ by _____

Legal issues: _____

Si usted llenó este cuestionario para la persona que aparece en la página 2, por favor provea la siguiente información sobre usted (en letras de imprenta):

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____

¿Tiene poder legal de esta persona? Sí No

Si contestó Sí, por favor envíe una copia del poder en el sobre adjunto.

Si contestó No, ¿quién lo tiene? _____ Relación: _____

Si tiene tutor, ¿quién es? _____ Relación: _____

(Sigue de la página 2 – Escriba una descripción breve del tipo de asistencia legal que necesita.)

Por favor, devuelva este cuestionario por correo en el sobre adjunto o por fax al 758-5061. Le haremos saber si reúne los requisitos para recibir nuestros servicios dentro de una semana de haberlo recibido. Si no nos comunicamos con usted, por favor llámenos al 758-5061.