

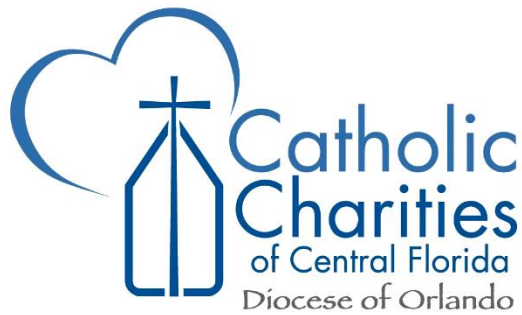
OFFICE USE ONLY

Date: _____

Time: _____

A/R: _____

Resch: _____



IMMIGRATION LEGAL SERVICES INITIAL INTAKE

All information provided is CONFIDENTIAL and for office use only.
Toda la información suministrada es CONFIDENCIAL y para uso de la oficina únicamente.

Have you received Immigration services from Catholic Charities before? Yes/Sí ___ No___
¿Ha recibido servicios de inmigración aquí anteriormente?

Alien Number: A# _____
Número de Extranjero

Name: _____
Nombre First Name/Primer Nombre Middle Name/Segundo Nombre Last Names/Apellidos

Address: _____
Dirección Number & Street Name/Número y Calle Apt # City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

County: _____
Condado

Phone Number: Home _____ Mobile _____
Número de Teléfono Casa Celular

Email: _____
Correo electrónico

Ethnicity/Race: Etnicidad/Raza:
Black/African American ___ White ___ Hispanic/Latin ___ Asian ___ Native American ___ Other ___

Date of Birth: _____ **Gender:** M ___ F ___
Fecha de Nacimiento Month/Mes Day/Día Year/Año Sexo

Place of Birth: _____
Lugar de Nacimiento City/Ciudad Country/País

Which language(s) do you speak? ¿Qué idioma(s) habla? _____

Marital Status: Single/Soltero(a)___ Married/Casado(a)___ Separated/Separado(a)___
Estado Civil
Divorced/Divorciado(a)___ Widowed/Viudo(a)___

Number of Dependents: ___ **Are you working?** Yes/Sí ___ No___ **Monthly Income:** \$ _____
Número de dependientes ¿Usted trabaja? Ingreso Mensual

Date of initial entry to U.S.: _____
Fecha de primera entrada a EE. UU Month/Mes Day/Día Year/Año

Have you left the U.S. since then? ¿Ha salido usted fuera de los EE.UU? Yes/Sí ___ No ___

Have you ever been arrested/detained? ¿Alguna vez ha sido arrestado/detenido(a)? Yes/Sí ___ No ___

Have you ever been or are now in deportation proceedings? Yes/Sí ___ No ___ Date: _____
¿Alguna vez ha estado o está ahora en procedimiento de deportación? Fecha

In case of an emergency, who can we call? /¿En caso de emergencia a quien podemos llamar?

Name/Nombre _____ **Phone Number/Número de Teléfono** _____

Referred By/Referido por: Relative/Familiar ___ Friend/Amigo ___ Church/Iglesia ___
Agency/Agencia ___ USCIS/Inmigracion ___ Other/Otro ___

Are you interested in other programs? /¿Está interesado usted en otros programas?

Family Assistance/Asistencia Familiar ___ Food Pantry/Banco de Alimentos ___ ESL/Clases de Ingles ___
Victim Services/Servicio para Víctimas ___ Health Care/Cuidado de Salud ___ Adoption/Adopción ___
Senior Services/Servicios Para Personas de Tercera Edad ___

Signature: _____ **Date:** _____
Firma Fecha

For Office Use Only/Solamente Para Uso De La Oficina
Please do not write below this line/Por favor no escriba debajo de esta línea

Consultation Fee: \$ _____ **Re-Schedule Fee:** \$ _____ **No Show/No Call:** _____

Consultation Only? Yes ___ No ___ **Service Contracted:** _____

Total Fee Charged: \$ _____ **Payment Plan*?** Yes ___ No ___ *Removal Only
(Attach plan agreement or credit card authorization form)

Fee Waived? Yes ___ No ___ **Fee Decreased?** Yes ___ No ___ (Attach Fee Waiver & Sliding Scale Policy)

Total Household Income: \$ _____ **Household Number:** _____

20 ___ Federal Poverty Guidelines (Please check one and refer to the Sliding Scale Fee Schedule Tiers)

≤ 125%

> 125% - < 250%

≥ 250%