

SAN DIEGO VOLUNTEER LAWYER PROGRAM, INC.
GUARDIANSHIP CLINIC INTAKE SHEET

*PROGRAMA DE ABOGADOS VOLUNTARIOS DE SAN DIEGO
FORMULARIO DE ADMISION PARA LA CLINICA DE TUTELA*

Please fill out this form completely. Please **PRINT NEATLY** and do **NOT** leave any question blank. If you need help with a question or assistance with completing this form, please tell us. Please return your intake form to the receptionist when you are finished. If SDVLP is unable to assist you, we will provide you with a referral.

*Por favor complete esta forma completamente. **Escriba claramente** y no deje espacios en blanco. Si necesita ayuda con una pregunta o asistencia en completar esta forma, por favor avisenos. Favor de regresar el formulario de admisión a la recepcionista cuando haya terminado. Si SDVLP no puede ayudarle, le proporcionaremos una referencia.*

Date / Fecha: _____ Your relationship to the minor / Parentesco con el menor: _____

A. APPLICANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Please briefly explain why you are here today / Explique brevemente porqué está aquí hoy:

2. Personal - First Name: _____ Middle Name: _____
Personal: Primer Nombre Segundo Nombre

Last Name(s): _____ Maiden or Other Name(s) Used: _____
Apellido(s) Apellido de Soltera u otros nombres utilizados

Gender: _____ Date of Birth: _____ SSN: XXX-XX-_____ Email: _____
Género Fecha de Nacimiento # de Seguro Social Correo electrónico

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio Ciudad Estado Zona Postal

Telephone – Home _____ Cell: _____ Work: _____
Teléfono- Casa: Celular Trabajo

Is it safe to leave a voicemail at these numbers? / ¿Es seguro dejar un mensaje en estos números? Yes / Si No / No

3. Ethnicity (mark one) / Raza (marqué uno): African American / Africano-Americano Asian / Asiático Hispanic / Hispano
 Latino / Latino Native American / Nativo Americano White (Non-Hispanic) / Blanco (No Hispano)

4. Primary Language / Idioma Principal: English / Inglés Spanish / Español Other / Otro: _____

5. Do you need an interpreter for clinic today? / ¿Necesita un intérprete para la clínica hoy? Yes / Si No / No

6. Who referred you to us? / ¿Quién lo refirió a nosotros?

- Social Worker – Name: _____ Child Welfare Services (CWS)/Child Protective Services (CPS)
 Former Client Law Enforcement Juvenile Court Family Court Probate Court SD Regional Center
 Self-referral School Legal Aid YMCA Media Volunteer/Board Member
 Attorney – Name: _____ Other: _____

B. APPLICANT FINANCIAL ELIGIBILITY / ELIGIBILIDAD FINANCIERA DEL SOLICITANTE

1. How many adults live in your home (including yourself)? / ¿Cuántos adultos viven en su hogar (incluyéndose a usted)? _____
2. How many children live in your home? / ¿Cuántos menores viven en su hogar? _____

3. Do you personally receive any of the following public benefits?

¿Recibe usted personalmente alguno de los siguientes beneficios públicos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CalWORKS or Tribal TANF Program \$ _____ | <input type="checkbox"/> Supp. Security Income (SSI) \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> State Supp. Payments Program (SSP) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Food Stamps \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> General Relief (GR) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Older Americans Act \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> County Relief/General Assistance (GA) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Developmental Disabled Assistance Act \$ _____ |

4. Do you personally receive monthly income from any of the following sources?

¿Recibe usted personalmente ingresos mensuales de cualquiera de las siguientes fuentes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Employment (please use before taxes income) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Unemployment \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Self-employed (please deduct business expenses) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Worker's Compensation \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> IHSS (In-Home Supportive Services) | <input type="checkbox"/> Child Support \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> CA State Disability Insurance (SDI) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Alimony/Spousal Support \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Sec. Disability Ins. (SSDI) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Trust/interest/dividends \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> VA \$ _____ | <input type="checkbox"/> Rental Income \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Security \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pension \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Other (specify amount and source) \$ _____ | <input type="checkbox"/> Medi-Cal |

5. List your household members / Liste los miembros de su hogar:

Name/Nombre	Age/Edad	Relationship to you/Parentesco ha Ud.	Monthly Gross Income/Ing. mensual (bruto)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. Housing Situation / Situación de vivienda: Rent / Renta Own / Propietario Other / Otro

C. PROPOSED CO-GUARDIAN (please complete this section if more than one person is applying for guardianship.)

Solicitante secundario (Por favor complete esta sección si más de una persona está aplicando para la tutela.)

First Name: _____ **Middle Name:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre

Last Name(s): _____ **Maiden Name or Other Name(s) Used:** _____
Apellido(s) Apellido de Soltera u otros nombres utilizados

Gender: _____ **Date of Birth:** _____ **SSN: XXX-XX-** _____ **Email:** _____
Género Fecha de Nacimiento # de Seguro Social Correo electrónico

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Domicilio Ciudad Estado Zona Postal

Telephone – Home/ Teléfono- Casa: _____ **Cell/ Celular:** _____

What is the relationship of the co-applicant to the minor? _____
¿Cuál es el parentesco del solicitante secundario con el menor?

D. MINOR'S INFORMATION / INFORMACIÓN DEL/LOS MENOR(ES)

Name(s): <i>Nombre(s):</i>	Date of Birth: <i>Fecha de Nacimiento:</i>	Gender: <i>Género:</i>	U.S. Citizen? <i>Ciudadano Americano?</i>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No

Who does (do) the minor(s) live with now? / ¿Con quién vive(n) el(los) menor(es)? _____

What is their relationship to the minor(s)? / ¿Cuál es el parentesco que tiene con el(los) menor(es)? _____

For how long? / ¿Por cuánto tiempo?: _____

Other than the parents, does someone else have legal custody of the minor(s)? / ¿Aparte de los padres, alguna otra persona tiene custodia legal del(los) menor(es)? _____

If more than one minor, do the minors share the same parents? Yes / Si No / No If no, please see reception
Si hay más de un menor, ¿ellos comparten los mismos padres? Si no, por favor vaya a recepción

E. GENERAL INFORMATION / INFORMACIÓN GENERAL

1. Do you know of any case in Juvenile Court concerning the minor(s)? Yes / Si No / No
¿Sabe usted de algún caso en la Corte Juvenil referente al menor(es)?

2. Do you know of any case filed in Family Court about this (these) minor(s)? Yes / Si No / No
¿Sabe usted si existe algún caso en la Corte Familiar sobre este(os) menor(es)?

3. Do you know of any restraining orders involving this (these) minor(s)? Yes / Si No / No
¿Sabe usted si hay alguna orden de restricción que involucre a este (os) menor (es)?

4. Has Guardianship paperwork already been filed for this (these) minor(s)? Yes / Si No / No
¿Se ha archivado el papeleo de tutela en la corte para este(os) menor(es)?

If yes, what is the Probate Case number? _____

Si la respuesta es sí, cual es el número de Caso Testamentario

F. INFORMATION ABOUT MINOR'S RELATIVES / INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL/LOS MENOR(ES)

Father: First _____ Middle _____ Last _____
Papá *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Mother: First _____ Middle _____ Last _____
Mamá *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Father's Father: First _____ Middle _____ Last _____
Papá del Papá: *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Father's Mother: First _____ Middle _____ Last _____
Mamá del Papá: *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Mother's Father: First _____ Middle _____ Last _____
Papá de la Mamá: *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Mother's Mother: First _____ Middle _____ Last _____
Mamá de la Mamá: *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Minor's Sibling: First _____ Middle _____ Last _____
Hermano(a) del *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Menor Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

Minor's Sibling: First _____ Middle _____ Last _____
Hermano(a) del *Primer Nombre* *Segundo* *Apellido*

Menor Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Domicilio *Ciudad* *Estado* *Zona Postal*

Consents to Guardianship? Yes/Si No/No SSN: XXX-XX-_____ Date of Birth _____
¿Da el consentimiento a la Tutela? *# De Seguro Social* *Fecha de Nacimiento*

NOTICE, ATTESTATION & AGREEMENT
NOTIFICACIÓN, TESTIMONIO Y ACUERDO

I ATTEST THAT ALL OF THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND AND AGREE:

DOY FE QUE TODA LA INFORMACIÓN CITADA ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO:

- (1) **SDVLP, its volunteers and staff will maintain, in confidence and in accordance with standards of professional responsibility, all confidential information furnished by me. My name and the fact that I received services from SDVLP may not be confidential information. Consultations between an attorney (including the assistants) and a client are generally considered to be privileged, which means that the attorney may not divulge information to third parties without the permission of the client. This is referred to as “attorney-client privilege”. However, the privilege may be destroyed if a partner, relative, or friend is present during the consultation. I may have anyone I wish present during my consultation, and I have been advised that by doing so, I may be jeopardizing the attorney-client privilege.**

El Programa de Abogados Voluntarios de San Diego, sus voluntarios y empleados mantendrán, en confianza y en acuerdo con el criterio de la responsabilidad profesional, toda la información confidencial presentada de mi parte. Mi nombre y el hecho que recibí servicios de SDVLP no es información confidencial. Consultas entre un abogado (incluyendo a sus asistentes) y un cliente son generalmente privilegiadas, esto significa que el abogado no deberá divulgar información a terceras personas sin la autorización del cliente. Esto es conocido como “privilegio entre abogado-cliente”. Sin embargo, el privilegio puede ser destruido si un compañero, pariente o amigo está presente durante la consulta. Usted puede tener a cualquier persona que usted desee presente durante su consulta, pero debe entender que, al hacerlo, está poniendo en riesgo el privilegio entre abogado-cliente.

- (2) **SDVLP cannot help me if it has already helped the other party. If SDVLP discovers that it has a conflict of interest with me and another party, SDVLP will not be able to continue to assist either me or the opposing party.**

SDVLP no pueden ayudarme si ya han ayudado a la parte opuesta. Si SDVLP descubre que hay un conflicto de interés conmigo y otro parte, SDVLP no podrá continuar asistiéndome y tampoco a la parte opuesta.

- (3) **I understand that SDVLP may provide me with advice, referrals, or direct representation assistance as appropriate.**

Yo entiendo que SDVLP puede proveerme asesoría legal, referencias, o asistencia de representación directa como sea apropiada.

- (4) **The purpose of a consultation with SDVLP staff or other SDVLP agents is to provide legal advice only, and does not create an ongoing attorney-client relationship between me and any of the SDVLP staff or agents. An ongoing attorney-client relationship for completion of additional legal work can only be made by a separate written and express agreement of representation signed by me and an attorney acting as an agent of SDVLP.**

El propósito de una consulta con el personal de SDVLP o sus agentes es solo para brindarle asesoría legal y no crea una relación continua de abogado-cliente entre usted y cualquier miembro de nuestro personal o sus agentes. Una relación de abogado-cliente con el propósito de concluir trabajo legal adicional solo se lleva a cabo con un acuerdo expreso separado de representación. Este acuerdo será por escrito y firmado por usted y el abogado actuando como agente de SDVLP.

- (5) **SDVLP makes no guarantee as to the outcome of any case. Each case is reviewed and evaluated on a case-by-case basis and results will vary depending on the circumstances and facts surrounding each case.**

SDVLP no hace ninguna garantía hacia el resultado de ningún caso. Cada caso es repasado y evaluado independientemente del otro y los resultados varían dependiendo de las circunstancias y los hechos de cada caso.

I UNDERSTAND AND AGREE WITH THESE ABOVE FIVE POINTS.

YO ENTIENDO ESTAS REGLAS Y ESTOY DE ACUERDO CON ELLAS.

Signature _____
Firma

Date _____
Fecha

**SAN DIEGO VOLUNTEER LAWYER PROGRAM, INC.
GUARDIANSHIP CLINIC INTAKE NOTES**

Applicant's Name: _____	Date of Service: _____
SDVLP Case #: _____	Appropriate for PBI? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

1) Applicant over income? Yes No 2) Conflict? Yes No 3) Applicant resides outside San Diego County? Yes No
If you responded "yes" above, please provide referral information here: _____

IF YOU RESPONDED "NO" TO THE ABOVE – PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTIONS:

1. Which of the following documents are attached? Client's I.D. Client's Proof of Income Child's birth certificate
 Waiver of Conflict of Interest: _____ Waiver of Confidentiality: _____
 If client's proof of income is NOT attached, did you ask client to bring proof of income next time? Yes No
2. Did you provide a referral to the client? Yes: _____ No
3. Does our client speak English? Very Well Well Not Well No
 If "not well" or "no", does our client have an interpreter? Yes No
 If yes, please provide interpreter's name and telephone number: _____
5. Is a legal services agreement attached? Yes No
6. Number of children for whom guardianship petitions are requested? _____
7. Number of guardians listed on petition? _____
8. What type of assistance is the client seeking?
 Petition for Guardianship Petition for Guardianship & SIJS Findings Petition for Termination
 Petition Modifying Visitation Petition to Fix Residence Outside California Objection
 Assistance with Defects/Hearing Preparation Juvenile Dependency Assistance Family Court Joinder Assistance
 Other: _____

If you responded "Petition for Guardianship & SIJS Findings", please complete the following:

1. Is the client the ward, an immigrant, a victim of a crime AND over 18 years or older? Yes No
2. Child's country of birth? Mexico Guatemala Honduras El Salvador Other _____
3. Is the child in immigration removal proceedings? Yes No Undetermined
4. Does the child have an immigration attorney? Yes: _____ No Undetermined

CASE NOTES (Please be as specific as possible re: services provided, advice given, special circumstances, outstanding information needed, etc.):

VOLUNTEER'S NAME (PLEASE PRINT): _____