

# SOLICITUD DE CONSULTA

ICS (Servicios de Consejería en Inmigración) • Un bufete de derecho migratorio sin fines de lucro

Entregue la solicitud rellena por: **email:** [borozco@ics-law.org](mailto:borozco@ics-law.org), **fax:** (541) 399-8030 o

**correo:** ICS • P.O. Box 1910 • Hood River, OR 97031

- Favor de llenar este formulario por completo. **Si no sabe la respuesta, escriba "no sé".**
- Regrese el formulario completado a nuestra oficina para que lo revisemos.
- ICS le contactará para decirle si usted ha sido aceptado/a o negado/a para una consulta.
- Una consulta es solamente el primer paso para que decidamos si le podemos ayudar con su caso migratorio.
- Favor de notar que toda su información la mantenemos confidencial.
- Si no le aceptamos para una consulta este formulario será destruido.

## PARTE 1:

¿Alguien le ayudó a llenar este formulario:

SI  NO

En caso afirmativo, indique su:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

**Favor de explicar su pregunta o problema referente a su caso migratorio (esta respuesta es necesaria):**

## PARTE 2: Las siguientes preguntas se refieren a la PERSONA QUE NECESITA AYUDA

Nombre Completo (de la persona que necesita ayuda):		Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Ha sido cliente o consultado con nuestra oficina?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de nacimiento: mes:                      día:                      año:	Edad:	País de nacimiento:
Dirección de casa:	Número de teléfono:	Correo electrónico (e-mail):
¿Cuál(es) idioma(s) habla (Marque todo que aplique): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnicidad? <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Anglo Americano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Cuál es su estatus migratorio? <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Ciudadano de los e.e.u.u. <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Cuándo se expira su tarjeta? _____		
¿Se requiere que vaya a la corte de inmigración actualmente?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha estado en un refugio para niños no acompañados?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se identifica como LGBTTTI?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene miedo de regresar a su país de origen? (Si es que sí, por favor explique):		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Servicio Militar: Tiene un esposo/a o hijo/a en el servicio militar en los EEUU?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha sido detenido(a) O parado(a) por oficiales de inmigración (incluso: ICE, CBP/la patrulla fronteriza, la migra)?:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(Vea más preguntas al dorso de la página)

**PARTE 3: (las preguntas en esta página también se refieren a la PERSONA QUE NECESITA AYUDA)**

<b>¿Ha sido arrestado(a) en los EE.UU u otro país?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span> (si es que sí, favor de explicar abajo)				
Fecha del arresto:	Cuidad/país donde fue arrestado(a):	¿Por qué fue arrestado(a)?		
<b>¿Tiene registros de el/los arresto (s)?</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span> Si usted tiene su registro del arresto y le ofrecemos una consulta, favor traiga los registros.				
<b>Entradas/Salidas en los Estados Unidos</b> <b>¿Cuál es la fecha de su primera entrada?</b> _____ <b>¿Cuál es la fecha de su última entrada?</b> _____ <b>¿Cuántas veces ha salido y regresado a los EEUU desde la primera vez que llegó?</b> _____ <b>¿Cómo llegó la última vez</b> (por avión, por barco, caminando, etc.) _____ <b>¿Alguna vez ha entrado a los EEUU con una visa?</b> _____				
<b>Estado Civil</b> (marque con un círculo el que aplica):      Soltero(a)      Casado(a)      Divorciado(a)      Viudo(a)				
<b>Nombres de su familia</b>	<b>Género</b> (ej: hombre, mujer, u otro)	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>País de nacimiento</b>	<b>Estatus migratorio</b>
Esposo(a)/pareja:				
Hijo(a): 1.				
Hijo(a): 2.				
Hijo(a): 3.				
Hijo(a): 4.				
<b>SI TIENE HIJOS ADICIONALES, FAVOR DE APUNTAR SUS DATOS EN UNA HOJA ADJUNTA</b>				

**PARTE 4:**

<b>¿Alguna vez ha llamado al 911?</b> (marque con un círculo sí o no)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>¿Alguna vez ha sufrido violencia doméstica?</b> (marque con un círculo sí o no) Si la respuesta es sí, ¿En dónde pasó el abuso?: _____ ¿Cuál es el nombre completo de el/la abusador(a)?: _____ Fecha de nacimiento: _____	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>¿Alguna vez ha hablado con la policía sobre un crimen?</b> (marque con un círculo sí o no)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Si es que sí, ¿Quién fue la víctima del crimen? Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ ¿Quién fue el que hizo el crimen? Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		
<b>¿Alguna vez ha sido forzado(a) a trabajar o hacer otra actividad contra su voluntad?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
(Si es que sí, favor de explicar): _____		

**PARTE 5:**

<b>¿Cuántas personas viven en su hogar (incluyendo al solicitante)?</b> : _____ <b>¿Cuál es el ingreso total de todos en el hogar (por año)?</b> : _____ <b>¿Cómo se enteró de ICS?</b> _____
<b>**FAVOR DE NOTAR: No hay garantía que podemos tomar su caso. Llenar este formulario NO significa que le podemos ofrecer una consulta, ni que le representamos de ninguna manera. **</b>