

Intake Number: _____

Date: _____



LA ASOCIACIÓN DE ABOGADOS DEL CONDADO DE NASSAU

Formulario de Admisión Para La Clínica Legal de Ejecuciones de Hipoteca*

*Si necesita ayuda para llenar el formulario, el abogado que usted ve será capaz de ayudarle

Su Nombre: _____ Nombre del Propietario (si es diferente)

Dirección: _____ Código Postal:

Número de teléfono: _____ clínica

Correo Electrónico _____

Tipo de Residencia (marque uno)

Casa de una familia _____ Duplex _____ Casa de 2 familias _____ Casa de 3 familias _____ Casa de 4 Familias _____ 5 o mas familias. _____ Condominio _____ Departamento Cooperativo _____

¿Cuántas personas viven en el hogar? (incluyendo los inquilinos)

Adultos _____ Niños _____ Ancianos mayores de 65 _____ Discapacitados _____
Veteranos _____

Hogar monoparental: SI NO

Ingreso familiar aproximado, antes de impuestos, incluyendo cualquier ingreso de personas dependientes: \$ _____

Su Hipoteca

Nombre del Prestatario _____

Fecha de la hipoteca _____ (mes / año)

¿Cuándo compró la propiedad? _____ (mes / año)

Tasa de interés actual % Fija o adjustable? _____

Pago mensual \$ _____ Duración del préstamo original \$ _____

Importe del principal original que actualmente debe? \$ _____

Fecha del último pago _____ (mes / año)

Nombre del prestamista original _____

Nombre del Actual Administrador del Préstamo _____

El valor actual aproximado de la propiedad? _____

Se ha presentado antes del tribunal en relación con esta hipoteca? SÍ NO

¿Ha usted recurrido anteriormente a La Clínica Legal de Ejecuciones Hipotecarias del Colegio de Abogados del Condado de Nassau? YES NO Si ha recurrido anteriormente, cuantas veces ?

Cual fue la fecha de su primera visita? _____ ((mes / año)

Intake Number: _____

Date: _____



LA ASOCIACIÓN DE ABOGADOS DEL CONDADO DE NASSAU

Clínica de Consultas Legales Sobre Ejecuciones Hipotecarias

FORMULARIO DE EVALUACIÓN

FAVOR DE LLENAR Y DEVOLVER ESTA EVALUACIÓN.

Sus comentarios nos permitirán mejorar nuestros servicios en nuestras clínicas en el futuro y entonces poder asistir a más residentes del condado de Nassau. ¡GRACIAS!

Fecha de la clínica _____

Nombre (Opcional) _____

Teléfono (Opcional) _____

1. ¿Cómo se enteró de la clínica?

Periódico _____ **Folleto** _____ **Un Amigo** _____ **La Corte** _____ **Otra manera** _____

2. ¿En qué etapa del proceso de ejecución hipotecaria se encuentra usted?

Al día con las cuotas _____ proceso de modificación _____ comparecido ante el tribunal _____ Recibió por escrito notificado y queja _____

3. ¿Encontró la información que ha recibido en la clínica de hoy útil? ? _____ Sí _____ No

4. ¿El tiempo asignado para su consulta hoy fue suficiente? ? _____ Sí _____ No

5. ¿Encontró las personas que lo asistieron hoy amable y servicial? ? _____ Sí _____ No

6. ¿Se reunió con más de una persona? _____ Sí _____ No

Si es así, marque lo que corresponda quiebra/bancarrota _____ Vivienda _____ Legal _____

7. ¿Fueron contestadas todas sus preguntas? _____ Sí _____ No

8. ¿Recomendaría esta clínica a los demás? _____ Sí _____ No

9. En un esfuerzo por ayudar a otras personas que se enfrentan a estos problemas estaría dispuesto a hablar sobre el tema con los medios de comunicación sobre su situación en particular? **Si es así, por favor incluya su nombre y número de teléfono que aparece arriba.** Nos pondremos en contacto con usted su permiso antes de dar su nombre a cualquier periodista.

_____ YES _____ NO

10. Sugerencias / Comentarios adicionales:
