

**Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts - Dartmouth
Clínica de Desenvolvimento Comunitário**

333 Faunce Corner Road ♦ North Dartmouth, MA 02747 ♦ Telefone: 508-985-1163 ♦ Fax: 508-985-1136

Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono

(Atualizado em 02/07/2022)

Parte 1: Informações de contato do cliente em potencial

1. Organização:

DATA DE HOJE: _____

Marque esta caixa se a Organização ainda não existir:

Nome da Organização: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone: _____ Site (se aplicável): _____

Email: _____ Fax (se aplicável): _____

2. Contato Principal:

Nome da Pessoa de Contato Principal/Proprietário: _____

Posição/Título: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone principal (para o qual podemos entrar em contato com você): _____

Fixo Trabalho Celular Telefone(s) alternativo(s): _____

E-mail: _____ Fax: (se aplicável): _____

Método(s) Preferido(s) de Contato: Telefone E-mail Qualquer um dos dois

Melhores horários para ligações/reuniões: _____

Outras Notas de Contato: _____

3. Contato Secundário:

Nome da Pessoa de Contato Secundário/Proprietário: (se aplicável): _____

Posição/Título: _____

Telefone de Trabalho: _____ Telefone(s) alternativo(s): _____

E-mail: _____

Método(s) Preferido(s) de Contato/Outras Notas de Contato: _____

**Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
- Dartmouth**

**Clínica de Desenvolvimento Comunitário
*Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono***

4. Há algum prazo relacionado ao seu pedido de assistência jurídica, ou você necessita da conclusão dos serviços jurídicos até uma data específica? Não Sim

Se Sim, por favor explique e forneça data(s) relevante(s): _____

5. Como você ouviu falar da Clínica de Desenvolvimento Comunitário? _____

6. A organização já se inscreveu anteriormente na Clínica de Desenvolvimento Comunitário para assistência jurídica?

Não Sim

7. A organização ou algum de seus principais tomadores de decisão já trabalhou anteriormente com a Clínica de Desenvolvimento Comunitário? Não Sim

Se Sim, favor indicar quando e em que condições: _____

8. Você tem alguma necessidade especial da qual a Clínica deva estar ciente (como o uso de um intérprete ou acomodações para pessoas com deficiências)? Por favor, saiba que a existência de necessidades especiais não afetará sua elegibilidade para os serviços da Clínica: Não Sim

Se Sim, por favor explique: _____

Parte 2: Informações Sobre a Organização

9. Marque a caixa apropriada para sua organização: Com fins lucrativos Sem fins lucrativos Não tenho certeza

10. Descreva brevemente sua organização e suas atividades, incluindo os produtos ou serviços que ela fornece: _____

11. Descreva a área geográfica e/ou base de clientes que sua organização atende: _____

12. Se sua organização está operando atualmente como um dos seguintes tipos de entidade, por favor, marque a caixa correspondente:

- Não tenho certeza Firma individual Sociedade
- Corporação Com Fins Lucrativos Corporação Sem Fins Lucrativos Sociedade de Responsabilidade Limitada
- Outro; Por favor especifique: _____

**Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
- Dartmouth
Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono**

13. Quando a organização começou a operar? _____

Marque aqui se a organização ainda não começou a operar:

14. A organização tem algum funcionário, estagiário ou voluntário? Não Sim

Em caso afirmativo, por favor especifique quantos, e descreva brevemente suas atividades: _____

15. Sua organização colabora regularmente com outras organizações para atingir seus objetivos? Não Sim

Se Sim, por favor identifique as outras organizações e descreva a natureza de qualquer colaboração (anexe uma folha adicional se necessário):

16. A organização está atualmente trabalhando com um advogado, ou já trabalhou anteriormente com um advogado?

Não Sim

Se Sim, por favor, responda às seguintes perguntas sobre cada advogado ou escritório de advocacia com quem a organização trabalhou (por favor, anexe folhas adicionais se for necessário mais espaço):

Nome do Advogado: _____

Escritório de Advocacia: _____

Endereço do Escritório de Advocacia: _____

Número de Telefone: _____

Endereço de E-mail: _____

Datas de Relação de Trabalho: _____

Que trabalho o advogado desempenhou para a organização? _____

Por que o advogado não representa mais a organização neste assunto? _____

O advogado solicitou pagamento da organização por fornecer algum dos serviços jurídicos acima? Não Sim

**Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
- Dartmouth**
Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono

Parte 3: Necessidades Jurídicas

17. Por favor, indique suas razões para entrar em contato com a Clínica, marcando as caixas abaixo que correspondem às necessidades jurídicas de sua organização:

- Assessoria Jurídica Geral para Determinar as Necessidades
- Escolha da Assistência da Entidade
- Imobiliárias ou Uso do Solo (incluindo assuntos de Proprietário/Inquilino)
- Formação/Incorporação de uma Empresa ou Organização sem fins lucrativos (circule um)
- Direito do Trabalho
- Regulamentos Governamentais
- Elaboração/revisão de estatutos, acordos operacionais ou documentos de governança semelhantes
- Elaboração ou Revisão de Contratos. Por favor, especifique o tipo de contrato, se for conhecido: _____
- Outro; Por favor, especifique: _____

18. Você pode utilizar o espaço abaixo se quiser explicar melhor suas necessidades legais (ocasionalmente, os serviços jurídicos da Clínica podem estar disponíveis em áreas além daquelas especificadas acima, com base em uma determinação caso a caso):

Parte 4: Informações Financeiras

A Clínica solicita as seguintes informações financeiras, organizacionais e pessoais para ajudar a determinar se os candidatos se qualificam para serviços legais, gratuitos e pro bono com a Clínica. Isto se correlaciona com o compromisso da Clínica em atender empresas e organizações sem fins lucrativos que não teriam condições de pagar por assistência jurídica.

Informações Financeiras da Organização

19. Qual foi a receita bruta total da organização para o ano fiscal mais recente (incluir todas as receitas independentemente das despesas)?

\$ _____

Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono

20. Quais foram os lucros totais da organização em seu ano fiscal mais recente (igual à receita bruta descontada por quaisquer despesas)? \$ _____

21. Qual é a receita bruta total prevista da organização para seu ano fiscal atual? \$ _____

22. Qual é o lucro total previsto da organização para seu ano fiscal atual? \$ _____

23. A organização é financiada parcial ou totalmente por outra fonte que não seus proprietários? Não Sim Se Sim, por favor, descreva a natureza do apoio e sua fonte (por exemplo, membros da família, amigos, bancos, doações):

24. A organização, ou alguém em nome da organização, solicitou recentemente algum empréstimo ou subsídio para financiá-la, ou recebeu alguma doação? Não Sim

Se Sim, por favor explique: _____

25. Qual é o valor do ativo circulante total da organização? \$ _____

26. Quanto dinheiro a organização detém atualmente? \$ _____

Parte 5: Materiais Adicionais

27. Por favor, anexe cópias de tantos dos seguintes documentos quanto possível (guarde os originais para seus próprios registros):

- Uma cópia do plano de negócios da organização, se for uma empresa com fins lucrativos; plano estratégico, se for uma organização sem fins lucrativos; ou outros materiais descritivos sobre a organização.
- Uma lista dos nomes e informações de contato de todos os coproprietários, diretores, conselheiros e/ou dirigentes da organização. (Por favor, inclua nome, cargo/título, endereço e número de telefone de cada um deles).
- Se aplicável, uma cópia da licença comercial da organização, artigos da organização e/ou documento de governança (tais como Estatutos, Acordo de Parceria ou Acordo Operacional).
- Uma cópia do balanço atual da organização, declaração de lucros e perdas, e/ou orçamento.
- Uma cópia da declaração de imposto de renda mais recente da organização OU uma cópia do mais recente Formulário 990 da IRS de uma organização sem fins lucrativos OU cópias da declaração de imposto de renda pessoal mais recente dos principais dirigentes da organização.

Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono

Parte 6: Autorização e Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAR INFORMAÇÕES

Informações sobre a solicitação: Eu autorizo a Clínica de Desenvolvimento Comunitário da Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts - Dartmouth ("Clínica"), suas organizações colaboradoras e seus agentes e funcionários, a verificar, divulgar e fazer cópias de toda e qualquer informação fornecida nesta Solicitação durante a determinação da elegibilidade para serviços legais pro bono, ou durante o curso da representação legal, se meu caso for aceito.

Divulgação: Eu, por meio deste documento, isento qualquer pessoa ou entidade que cumpra com esta Autorização de toda e qualquer denúncia relacionada com a divulgação de tais informações e documentos.

Autorização para Divulgar Informações a Terceiros: Pode haver casos em que pode ser benéfico para a Clínica consultar parceiros da comunidade sobre a sua Organização. Esses parceiros podem incluir prestadores de serviços jurídicos locais ou instituições de desenvolvimento comunitário. Você autoriza a Clínica a divulgar informações sobre seu caso a terceiros para ajudá-la a avaliar e concluir o trabalho em seu caso.

Além disso, ocasionalmente, os profissionais da mídia ou da imprensa podem perguntar sobre os tipos de clientes que representamos. Você: autoriza não autoriza (por favor, marque uma) a Clínica a compartilhar seu nome e o nome de sua organização com profissionais da imprensa, e a revelar que você é (ou sua organização é) um cliente atual ou antigo da Clínica, se aplicável, bem como a identificar sua organização nos materiais de marketing da Clínica.

Validade: Uma cópia desta Autorização será tão válida quanto o original.

Ao assinar abaixo, você certifica que todas as informações fornecidas nesta Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono são verdadeiras e completas, de acordo com o seu conhecimento, e que está autorizado a apresentar esta Solicitação em nome da organização acima mencionada. O solicitante concorda em notificar a Clínica no caso de qualquer mudança nestas informações enquanto continuar a buscar assistência jurídica da Clínica, e concorda que a Clínica tem o direito de rejeitar qualquer solicitante, ou desistir de representar um cliente que submeta uma Solicitação com informações imprecisas. Você reconhece ainda que esta Solicitação é um pedido de assistência jurídica, e sua apresentação à Clínica não a obriga a aceitar a representação de seu assunto. A Clínica determinará quais candidatos oferecerá serviços jurídicos com base na necessidade do candidato, na capacidade da Clínica e na experiência de aprendizado fornecida aos estudantes. A apresentação desta Solicitação não obriga você ou sua organização a aceitar os serviços da Clínica, ou a Clínica a fornecê-los no futuro.

Assinatura: _____ Data: _____

Nome em Letra de Forma: _____ Título: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome em Letra de Forma: _____ Título: _____

Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts
Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Solicitação de Assistência Jurídica Pro Bono

A Clínica protegerá a confidencialidade das informações apresentadas nesta Solicitação, em conformidade com as regras éticas previstas nas Regras de Conduta Profissional de Massachusetts, e na Autorização de Divulgação de Informações acima, independentemente de sua organização contratar ou não os serviços da Clínica.

Por favor, envie sua Solicitação preenchida com todos os anexos necessários por email, correio ou fax para a Clínica de Desenvolvimento Comunitário no seguinte endereço:

Clínica de Desenvolvimento Comunitário
Faculdade de Direito da Universidade de Massachusetts - Dartmouth
333 Faunce Corner Road
North Dartmouth, MA 02747
Fax: (508) 985-1136

EMAIL: cliniccoordinator@umassd.edu

Obrigado por seu interesse na Clínica de Desenvolvimento Comunitário! Em breve um representante da Clínica dará seguimento ao seu pedido.