

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts  
Clínica de desarrollo comunitario**

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

***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***  
*(este documento fue actualizado el 13 de octubre del 2023)*

**Parte 1: Información de contacto del cliente potencial**

**1. Organización:**

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_

Ponga una marca de verificación en la casilla si la organización aún no existe:

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Sitio web (si corresponde): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax (si corresponde): \_\_\_\_\_

**2. Contacto primario:**

Nombre de la persona de contacto principal/Propietario: \_\_\_\_\_

Puesto/Título de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal (al que podemos comunicarnos con usted): \_\_\_\_\_  
de casa  del trabajo  celular  alternativo

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax (si corresponde): \_\_\_\_\_

Método(s) de contacto preferido(s): Teléfono  Correo electrónico  Cualquiera

Mejores horarios para llamadas/reuniones: \_\_\_\_\_

Otras notas de contacto: \_\_\_\_\_

**3. Contacto secundario:**

Nombre de la persona de contacto secundaria/Propietario (si corresponde): \_\_\_\_\_

Puesto/Título de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) alternativo(s): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método(s) de contacto preferido(s)  
/Otras notas de contacto: \_\_\_\_\_

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***

4. ¿Existe alguna fecha límite relacionada con su solicitud de asistencia legal o necesita la finalización de los servicios legales en una fecha específica? No  Sí

En caso afirmativo, explique y proporcione las fechas relevantes: \_\_\_\_\_

5. ¿Cómo se enteró de la Clínica de desarrollo comunitario? \_\_\_\_\_

6. ¿La organización ha solicitado previamente asistencia legal a la Clínica de desarrollo comunitario? No  Sí

7. ¿La organización, o alguno de sus principales responsables por las decisiones que se toman, ha trabajado antes con la Clínica de Desarrollo Comunitario? No  Sí

En caso afirmativo, indique cuándo y en qué calidad: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene alguna necesidad especial que la Clínica deba considerar (como el uso de un intérprete o adaptaciones para personas con discapacidades)? Tenga en cuenta que la existencia de necesidades especiales no afectará su elegibilidad para los servicios de la Clínica: No  Sí

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parte 2: Información general de la organización**

9. Ponga una marca de verificación en la casilla correspondiente a su organización:

Fines de lucro  Sin fines de lucro  No estoy seguro

10. Describa brevemente su organización y sus actividades, incluidos los productos o servicios que ofrece:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Describa el área geográfica y/o la base de clientes a la que sirve su organización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Si su organización opera actualmente como uno de los siguientes tipos de entidad, ponga una marca de verificación en la casilla correspondiente:

No estoy seguro  Propietario único  Sociedad

Corporación con fines de lucro  Corporación sin fines de lucro  Empresa de responsabilidad limitada

Otro; Por favor especifica: \_\_\_\_\_

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***

13. ¿Cuándo comenzó a funcionar la organización? \_\_\_\_\_

Ponga una marca de verificación en la casilla si la organización aún no ha comenzado a operar:

14. ¿La organización tiene empleados, pasantes o voluntarios? No  Sí

En caso afirmativo, especifique cuántos y describa brevemente sus actividades:

---

---

15. ¿Su organización colabora regularmente con otras organizaciones para lograr sus objetivos? No  Sí

En caso afirmativo, identifique las otras organizaciones y describa la naturaleza de cualquier colaboración (adjunte una hoja adicional si necesario): \_\_\_\_\_

---

---

16. ¿La organización trabaja actualmente con un abogado o ha trabajado anteriormente con un abogado? No  Sí

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas sobre cada abogado o bufete de abogados con el que ha trabajado la organización (adjunte hojas adicionales si necesita más espacio):

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Nombre del bufete de abogados: \_\_\_\_\_

Dirección del bufete de abogados: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fechas de relación laboral: \_\_\_\_\_

¿Qué trabajo desempeñó el abogado para la organización? \_\_\_\_\_

---

---

¿Por qué el abogado ya no representa a la organización en este asunto? \_\_\_\_\_

---

---

¿El abogado solicitó pago a la organización por brindar alguno de los servicios legales mencionados anteriormente? No  Sí

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
*Solicitud de asistencia legal sin cobrar*

**Parte 3: Necesidades legales**

17. Para indicar sus motivos para comunicarse con la Clínica, ponga una marca de verificación en la casilla que corresponda a las necesidades legales de su organización:

- Asesoramiento legal general para determinar necesidades
- Elección de la entidad de asistencia
- Bienes raíces o uso de la tierra (incluidas las cuestiones entre propietarios e inquilinos)
- Formación/Incorporación de una empresa u organización sin fines de lucro (circule uno)
- ley de Empleo
- Regulaciones gubernamentales
- Redacción/revisión de estatutos, acuerdos operativos o documentos de gobierno similares
- Redacción o revisión del contrato. Por favor especifica el tipo de contrato si lo conoce: \_\_\_\_\_
- Otro; Por favor especifica: \_\_\_\_\_

18. Enumere los nombres y la información de contacto de todos los dueños, directores, asesores y/o funcionarios de la organización. (Incluya el nombre, puesto/título, dirección y número de teléfono de cada uno.)

---

---

---

---

---

---

---

---

19. Puede utilizar este espacio si desea explicar más sus necesidades legales (Ocasionalmente, los servicios legales de la Clínica pueden estar disponibles en áreas más allá de las especificadas anteriormente según una determinación caso por caso):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***

**Parte 4: Información financiera**

*La Clínica requiere la siguiente información financiera personal y organizacional para ayudar a determinar si los solicitantes califican para recibir servicios legales gratuitos (“pro-bono”) con la Clínica. Esto se correlaciona con el compromiso de la Clínica de servir a empresas y organizaciones sin fines de lucro que de otro modo no podrían pagar asistencia legal.*

**Información financiera de la organización**

**20.** ¿Cuáles fueron los ingresos brutos totales de la organización para el año fiscal completado más recientemente (incluya todos los ingresos independientemente de los gastos)?

\$ \_\_\_\_\_

**21.** ¿Cuáles fueron las ganancias totales de la organización durante el año fiscal completado más recientemente (igual a los ingresos brutos menos cualquier gasto)?

\$ \_\_\_\_\_

**22.** ¿Cuáles son los ingresos brutos totales previstos de la organización para el año fiscal actual? \$ \_\_\_\_\_

**23.** ¿Cuál es la ganancia total prevista de la organización para el año fiscal actual? \$ \_\_\_\_\_

**24.** ¿La organización está financiada total o parcialmente por una fuente distinta a sus propietarios? No  Sí

En caso afirmativo, describa la naturaleza del apoyo y su fuente (por ejemplo, familiares, amigos, bancos, subvenciones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25.** ¿La organización, o alguien en nombre de la organización, ha solicitado recientemente algún préstamo o subvención para financiar la organización o ha recibido alguna donación? No  Sí

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26.** ¿Cuál es el valor del capital total de la organización? \$ \_\_\_\_\_

**27.** ¿Cuánto efectivo tiene actualmente la empresa? \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***

**Parte 5: Materiales adicionales**

28. Adjunte copias de tantos de los siguientes documentos como sea posible (conservar los originales para sus propios registros):

- Una copia del plan de negocios de la organización si es una empresa con fines de lucro, del plan estratégico si es una organización sin fines de lucro u otros materiales descriptivos sobre la organización.
- Una lista de los nombres y la información de contacto de todos los dueños, directores, asesores y/o funcionarios de la organización. (Incluya el nombre, puesto/título, dirección y número de teléfono de cada uno.)
- Si corresponde, una copia de la licencia comercial de la organización, los estatutos de la organización y/o el documento de gobierno (como los estatutos, el acuerdo de asociación o el acuerdo operativo).
- Una copia del balance actual, declaración de ganancias y pérdidas y/o presupuesto actual de la organización.
- Una copia de la declaración de impuestos sobre la renta empresarial más reciente de la organización O una copia de la declaración informativa del Formulario 990 más reciente de una organización sin fines de lucro O copias de las declaraciones de impuestos sobre la renta personal más recientes de los directores principales de la organización.

**Parte 6: Autorización y firma**

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Información de la aplicación: Por la presente autorizo a la Clínica de desarrollo comunitario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts (“Clínica”), a sus organizaciones colaboradoras y a sus agentes y empleados a verificar, divulgar y hacer copias de toda la información proporcionada en esta Solicitud en el curso de en el curso de determinar la elegibilidad para servicios legales “pro-bono” o durante el curso de la representación legal si mi caso es aceptado.

Renuncia: Por la presente libero a cualquier persona o entidad que cumpla con esta Autorización de todos y cada uno de los reclamos relacionados con la divulgación de cualquier información y documentos.

Autorización para revelar información a terceros: Puede haber casos en los que sea beneficioso para la Clínica consultar con socios comunitarios sobre su organización. Estos socios pueden incluir proveedores de servicios legales locales o instituciones de desarrollo comunitario. Usted autoriza a la Clínica a divulgar información sobre su caso a terceros para ayudar a la Clínica a evaluar y completar el trabajo en su caso.

Además, ocasionalmente, miembros de los medios o prensa pueden realizar consultas sobre los tipos de clientes que representamos. Usted:  autoriza  no autoriza (marque una opción) a la Clínica a compartir su nombre y el nombre de su organización con miembros de la prensa y a revelar que usted es (o su organización es) un cliente actual o anterior de la Clínica, si corresponde, así como para identificar su organización en los materiales de marketing de la Clínica.

Validez: Una copia de esta Autorización será tan válida como el original.

Al firmar este formulario, usted certifica que toda la información proporcionada en esta Solicitud de asistencia legal sin cobrar es verdadera y completa a lo mejor de su conocimiento que está autorizado a entregar esta Solicitud en nombre de la organización mencionada anteriormente. El solicitante acepta notificar a la Clínica en caso de cualquier cambio en esta información mientras continúa buscando asistencia legal de la Clínica y acepta que la Clínica tiene el derecho de rechazar a cualquier solicitante o dejar de representar a un cliente que envía una Solicitud con información inexacta. Además, reconoce que esta Solicitud es una solicitud de asistencia legal y su envío a la Clínica no obliga a la Clínica a aceptar la representación de su asunto. La Clínica determinará a qué solicitantes ofrecerá servicios legales según la necesidad del solicitante, la capacidad de la Clínica y la experiencia de aprendizaje proporcionado a los estudiantes. El envío de esta Solicitud no lo obliga a usted ni a su organización a aceptar los servicios de la Clínica ni a que la Clínica los proporcione en el futuro.

**Facultad de Derecho de la Universidad de Massachusetts**  
**Clínica de desarrollo comunitario**  
***Solicitud de asistencia legal sin cobrar***

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escribir el nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escribir el nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

*La clínica protegerá la confidencialidad de la información presentada en esta solicitud en conformidad con las reglas éticas establecidas en las Reglas de conducta profesional de Massachusetts y la Autorización para divulgar información anterior, independientemente de si su organización finalmente contrata los servicios de la Clínica.*

***Envíe su solicitud completa con todos los archivos adjuntos necesarios por correo electrónico, servicio postal o fax a la Clínica de desarrollo comunitario en la siguiente dirección:***

***Community Development Clinic University of Massachusetts School of Law 333 Faunce Corner Road  
North Dartmouth, MA 02747  
Fax: (508) 985-1136***

***CORREO ELECTRÓNICO: [cliniccoordinator@umassd.edu](mailto:cliniccoordinator@umassd.edu)***

***¡Gracias por su interés en la Clínica de desarrollo comunitario!  
Un representante de la clínica hará un seguimiento de su solicitud pronto.***