

접수서

날짜 _____

저희 사무실에 대해 어떻게 아셨나요? _____

현재 법적인 문제가 무엇인가요? _____

상대편: _____

신상정보

이름: _____

주소: _____

(거주지 인가요 우편물 주소 인가요?)

집 전화번호: _____

휴대전화 번호: _____

이메일 주소: _____

생년월일: _____

소셜 시큐리티 번호: _____

학력 (최종학위가 무엇인가요?): _____

재향군인 이신가요? 네 아니오

가계정보

기혼유무 (선택하세요):

싱글

기혼

이혼

Rev. April 2023

사별
동거

생활환경 (선택하세요):

자취

가족과 함께

하숙

공영주택 (저소득)

보호시설

가족 구성원은 몇명인가요?: _____

주거지원을 받고 계신가요 (선택하세요)?

비상지원 (Temporary Rental Assistance)

섹션 8 주거지원

기타등등: _____

재무정보

현재 일을 하고 계신가요? 네 아니오

일을 하고 계신다면 어디에서 일 하시나요? _____

거기에서 얼마동안 일 하셨나요? _____

급여로 얼마를 받으시나요? _____

일을 하지 않으신다면 다른 수입이 있으신가요? _____

소셜 시큐리티 SSI (월액): _____

소셜 시큐리티 SSDI (월액): _____

일반 보조금 General Assistance (월액): _____

위자료 (월액): _____

연금 (월액): _____

양육비 (월액): _____

현재 다름 중 하나에 등록되어 있습니까 (선택하세요)?

교육 훈련

직업 훈련

대학교

병력

당신의 건강 진단은 무엇입니까? _____

정신적인 문제로 병원에 입원한 적이 있습니까? 네 아니오

당신이 입원한 총 횟수는 얼마입니까? _____

지난 30 일 이내에 퇴원하셨습니까? 네 아니오

그렇다면, 어느 병원인지 알려주세요 _____

지난 30 일 이내에 단기요양시설 또는 비자발적 정신과 병동에서 퇴원하셨습니까?

네 아니오

그렇다면, 어느 시설인지 알려주세요 _____

현재 정신 건강 치료를 받고 계신가요? 네 아니오

그렇다면, 어디에서 받고 계신가요? _____

얼마나 자주 가시나요? _____

그렇지 않다면 마지막으로 치료를 받으신지 얼마나 되셨나요? _____

현재 항정신성 약물을 복용하고 계십니까? 네 아니오

그렇다면 어떤 약물을 복용하고 계십니까? _____

당신의 정신과 의사/심리학자는 누구입니까? _____

그들의 연락처가 어떻게 됩니까? _____

당신의 심리치료사는 누구입니까? _____

그의 연락처가 어떻게 됩니까? _____

도와주는 사회 복지사가 있습니까? _____

그의 연락처가 어떻게 됩니까? _____

시민권/합법적 거주자 지위

버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 는 저희 고객이 미국 시민인지 합법적 거주자인지 문의하도록 요구하는 주 및 카운티 기금을 받습니다.

선택하세요:

_____ 저는 미국 시민입니다

_____ 저는 합법적인 미국 거주자입니다

저는 이 질문지의 답한 정보가 정확하고 사실인것을 보증합니다

서명: _____

날짜: _____

빈곤에 대한 선서 진술서 대신 인증

저, _____, 은 다음을 인증합니다:

1. 저는 소송비용이나 법정 수수료를 지불할 돈이 없습니다.
2. 저는 제 진술이 사실임을 증명합니다. 만약 제 진술이 거짓이라면, 처벌을 받을수있다는걸 알고 있습니다.

서명: _____

날짜: _____

선임계약서

저는 다음 문제와 관련하여 버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 를 위임합니다:

버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 는 해당 사항과 관련된 모든 기록을 수령, 복사, 검사할수있습니다.

저는 버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 의 도움을 받기위해 제가 전적으로 협조해야 한다는 것을 이해합니다. 주소, 전화번호, 수입, 또는 고용에 변경사항이 있을 시 즉시 통지하겠습니다. 협조하지 않거나 케이스 절차가 없는경우 버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 에서 제 과일을 종료하거나 법원/기관에 선임해지 신청을 할수있음을 이해합니다.

또한 제가 판결이 부당하다고 생각해도 버겐 카운티 Community Mental Health Law Project 가 상소할 책임이 없음을 이해합니다.

이름

대표변호사

날짜: