

**Primera Iglesia Unitaria Universalista de Columbus
Fondo para asistencia legal para la Inmigración (FUU-FILA)**

Aplicación para Asistencia

Fecha: _____

Información del Solicitante (La información que Ud. Proporciona quedará confidencial y no será compartido.):

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado, Ciudad, Código _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Soy: de edad para DACA; Padre de niño/as menores de edad; Persona menor de edad (menos de 21)

Declaración de Necesidad:

Nivel de Asistencia Financiera que pido: _____

Razón para la necesidad: _____

Duración de la Necesidad:

Una vez Indeterminada

¿Durante cuánto tiempo necesita la asistencia? _____

Cuando la necesita?: _____

Payment:

Make check payable to: Applicant
 Third Party

Name: _____

Company: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Purpose: Asylum Application Bond
 Legal Consultation Other: _____
 DACA Fees

Other:

You may use this space to share anything else you would like us to know as we consider your application. This could include: length of time in the U.S., family members, asylum seeking, or any other information you feel could be helpful. You may attach additional pages, if desired.

Signature: _____

Date: _____