

## Solicitud de asistencia

### Primera iglesia unitaria y universalista de Columbus (FUU) Fondo de asistencia legal para inmigrantes (FUU-FILA)

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

***Datos del solicitante:***

(Los datos que usted escriba serán confidenciales y no se compartirán con nadie.)

Nombre (obligatorio): \_\_\_\_\_

Dirección (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (obligatorio): \_\_\_\_\_

Email (opcional): \_\_\_\_\_

- Yo soy:      una persona en edad de DACA (Deferred Action for  
Childhood Arrivals / Acción diferida para los llegados en la  
infancia)  
           Padre/madre de menor de edad  
           Menor de edad (menos de 21 años)

***Declaración de necesidad:***

Cantidad de asistencia financiera solicitada (en dólares):

\_\_\_\_\_

Razón o motivo de la necesidad:

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

---

---

---

---

---

---

---

**Duración de la necesidad:**

una vez                       continua

¿Por cuánto tiempo necesitará usted la asistencia económica?

---

¿Cuándo se necesitará la asistencia económica?

---

**Pago:**

Haga el cheque a nombre de:

Nombre: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Propósito:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de asilo                             | <input type="checkbox"/> Fianza      |
| <input type="checkbox"/> Consulta legal                                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastos de DACA                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos relacionados con la inmigración |                                      |

