

TRIAL LAWYERS CARE, INC.
80 Centre Street, Suite 290
New York, New York 10013

(917) 464-0105 (Voz) * (917) 464-0160 (Fax) * tlc@911awhelp.org (E-mail)

Trial Lawyers Care (TLC) fue fundado para asegurar que víctimas de los ataques terroristas del 11 de Septiembre de 2001 reciban gratis asistencia legal por abogados con experiencia. Un abogado de TLC estará disponible para: (1) ofrecer información sobre el Fondo Federal de Compensación de Víctimas de los Ataques Terroristas ("el Fondo"); (2) ayudarles a decidir si deben proseguir con una solicitud al Fondo; y (3) representarlos si decide proseguir con su solicitud frente a el Fondo.

Para solicitar asistencia legal libre de cargos debe contestar las siguientes preguntas con lo mejor de sus habilidades. Al completar el cuestionario, por favor envíelo por correo a la dirección prevista o via facsímile al (917) 464-0160.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

País (si no es U.S.A.): _____

Teléfono (trabajo): _____ Casa/Celular: _____

Facsímile: _____ E-mail: _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

2. Há hecho un reclamo con el Fondo Federal de Compensación de Víctimas?

Sí " ; No " ; No es Necesario " ; Otro formulario " ;

Numero de reclamo del Fondo: _____

Por favor explique su respuesta brevemente si no contesto 'Si': _____

Está Usted solamente solicitando asistencia con su apelación? Sí " ; No "

Si su respuesta fue "Sí", esta usted apelando un fallo negativo a su favor?

 Sí " ; No " .

3. Dónde sufrió su herida o la muerte de su familiar?

 World Trade Center " ; Pentagon " ; Shanksville, PA " .

4. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

(Una Víctima es una persona que murió el los ataques terroristas del 11 de Septiembre de 2001 (el Fallecido) o un sobreviviente de esos ataques con heridas físicas (Sobreviviente).

Es la Víctima un Fallecido: " ; o Un Sobreviviente con Heridas "
(Si es Sobreviviente, por favor continúe con la Pregunta 8).

5. SI LA VÍCTIMA MURIÓ:

Relación del Solicitante con el Fallecido: _____

Familia (especifique): " _____; Otra relacion: " _____

Nombre del Fallecido: _____

Fecha de nacimiento del Fallecido: _____

6. INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE PERSONAL DE LOS BIENES GANACIALES DEL FALLECIDO

(El Representante Personal o Administrador o Ejecutor Testamentario del los Bienes Gananciales del Fallecido es nombrado solamente por orden de una corte o un testamento legal del Fallecido).

" Sí, soy el Representante Personal de los Bienes del Fallecido;

" No, yo no soy y no sé el nombre del Representante Personal.

Si no es el Representante Personal del Fallecido pero sabe el nombre de ese Representante, por favor complete esta parte:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

País (si no es U.S.A.): _____

Teléfono (trabajo): _____ Casa/Celular: _____

Facsimile: _____ E-mail: _____

7. HIJOS U OTROS DEPENDIENTES DEL FALLECIDO:

(Por favor anote todos los hijos/hijas vivos del Fallecido, incluyendo hijos adoptados o de matrimonios anteriores o nacidos fuera del matrimonio. Tenga la bondad de indicar: (1) el otro padre o madre, si no es Usted; (2) las edades de los hijos; (3) si el hijo/hija era dependiente del Fallecido (use otras páginas si es necesario).

	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Otro padre/madre</u>	<u>Dependiente</u>
a.	_____			
b.	_____			
c.	_____			
d.	_____			
e.	_____			
f.	_____			

Dependientes Adultos del Fallecido:

	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación al Fallecido</u>	<u>Dependiente</u>
a.	_____			

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

(Por favor continúe con la Pregunta 10)

8. SI LA VICTIMA ES UN SOBREVIVIENTE CON HERIDAS FÍSICAS:

Fue Usted un Trabajador de Emergencia o Rescate/Recuperación:

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Si no está seguro, por favor describa que hacía en el lugar de los hechos:

Si Usted no era Trabajador de Emergencia o Rescate, solicitó Usted asistencia médica antes de haber transcurrido 72 horas del ataque terrorista?

Sí " ; No " ;

Si Usted era Trabajador de Emergencia o Rescate, estuvo Usted presente en uno de los lugares de los hechos en cualquier momento durante las primeras 96 horas después de los ataques?

Sí " ; No " .

9. Describa brevemente el tipo de sus heridas y su gravedad:

Son algunas de sus heridas físicas, incapacidad o desfiguramiento permanentes?

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Si contesto "Sí" en la pregunta anterior, ¿está Usted incapacitado un 100% debido a sus heridas físicas?

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Si está Usted incapacitado parcialmente, ¿cuál porcentaje es por sus heridas físicas?

Sí " ; No " ; Porcentaje _____

Si contesto "No" en la pregunta anterior, estuvo Usted temporéramente, parcialmente o totalmente incapacitado o desfigurado como resultado de sus heridas físicas?

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Estuvo Usted hospitalizado como paciente por lo menos por 24 horas?

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Si estuvo hospitalizado, cuándo y dónde fue su hospitalización?

Si Usted fue un Trabajador de Emergencia o Rescate/Recuperación que no solicitó atención médica inmediatamente, a podido su médico eslabonar sus heridas o enfermedad durante el tiempo que paso en el lugar de los hechos en las primeras 96 horas después del ataque?

Sí " ; No " ; No estoy seguro " .

10. EMPLEO, NEGOCIO O OTRA FORMA DE PERDIDA DE INGRESOS.

A. Dónde trabajaba la Víctima el 11 de Septiembre de 2001?

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

Mes/año que comenzó el empleo: _____

B. Si la Víctima estaba empleada en otro lugar en el 1999 y 2000, o si trabajaba en más de un empleo o lugar de negocios, por favor indique los nombres y las direcciones de los otros empleos de la Víctima:

C. Por favor indique el sueldo/salario anual sin deducciones de la Víctima:

1998: _____

1999: _____

2000: _____

2001: _____

Si la Víctima continua herida:

2002: _____

2003: _____

D. En el momento de los ataques terroristas de Septiembre 11, 2001, era la Víctima dueña, supervisor o jefe de algún negocio:

Sí " ; No " ; No estoy seguro " ;

Si contesto "Sí" a la pregunta anterior, cual era/es el nombre y dirección del negocio?

11. IDIOMA

Si Usted no habla Inglés, qué idioma habla?

Conoce a alguien que pueda traducirle a Usted y a su abogado?

Sí " ; No " ;

Si contesto "Sí" a la pregunta anterior, por favor anote los datos de esa persona en la Pregunta 12 que sigue.

12. Tiene Usted un familiar o amigo con el cual podamos comunicarnos si Usted no esta disponible?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

País (si no es U.S.A.): _____

Teléfono (trabajo): _____ Casa/Celular: _____

Facsímile: _____ E-mail: _____

13.

Ciudad: TLC Estado: _____

Si no hay abogados de TLC en su area de residencia, esta Usted dispuesto a aceptar un abogado que pueda viajar a su area libre de cargos?

Sí " ; No " ;

Si contesto "No" a la pregunta anterior, no podemos garantizar que podremos referirle a un abogado.

14. Há Usted contratado a otro abogado que lo represente frente al Fondo Federal de Compensación?

Sí " ; No " ;

Si contesto "Sí" a la pregunta anterior, por favor provea la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

País (si no es U.S.A.): _____

Teléfono (trabajo): _____ Casa/Celular: _____

Facsimile: _____ E-mail: _____

15. Hay algunos otros hechos extraordinarios que merita mencionar que pueda afectar su reclamo?

NADA CONTENIDO EN ESTE DOCUMENTO ES CONSEJO O ASISTENCIA LEGAL. CONSEJO O ASISTENCIA LEGAL DEBE PROVENIR SÓLAMENTE DE

UN ABOGADO REFERIDO A USTED POR TRIAL LAWYERS CARE O UNO QUE
USTED EMPLEE.