

**Immigration Clinic Eligibility Questionnaire**

Once completed, please email form to [immigrationlawclinic@gonzaga.edu](mailto:immigrationlawclinic@gonzaga.edu) or mail to  
Gonzaga Law School - Clinical Legal Programs, 721 N Cincinnati St./PO Box 3528, Spokane, WA 99220

Name: \_\_\_\_\_ Pronoun(s) : \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Voicemail ok?  Yes  No

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Interpreter Needed?  Yes  No Best Language: \_\_\_\_\_

Are you currently represented by an attorney?  Yes  No

**FAMILY & INCOME INFORMATION**

**Total Monthly Income** \$ \_\_\_\_\_ (Combine all monthly income for Household including public assistance.)

**Income From:**  Wages  SSI/SSD  Retirement/Pension  Public Assistance  Unemployment

Currently Unemployed  Yes  No  Other \_\_\_\_\_

How many people are in your household? \_\_\_\_\_ Do others rely on your income?  Yes  No

**LIST REASONS FOR SEEKING IMMIGRATION ASSISTANCE**

What is your immigration status?  US Citizen  Legal Permanent Resident  Other \_\_\_\_\_

**Please check all the boxes that apply to you:**

- Are you applying for a family member?
- Is a family member applying for you?
- Interested in applying for citizenship in the U.S. for yourself?
- Renewing or replacing your Permanent Resident Card?
- Applying for DACA or DACA renewal?
- Want to know if you are eligible to become a Legal Permanent Resident?
- Other \_\_\_\_\_

**Please provide a brief description of your immigration issue:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

*Internal Only*

Date: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_

Attorney: \_\_\_\_\_ Eligibility Outcome: \_\_\_\_\_

Date client notified of outcome: \_\_\_\_\_ Date of follow-up meeting with client \_\_\_\_\_

### Cuestionario de elegibilidad para servicios con la clínica de inmigración

Regrese el cuestionario completo por correo electrónico [immigrationlawclinic@gonzaga.edu](mailto:immigrationlawclinic@gonzaga.edu) o por correo Gonzaga Law School - Clinical Legal Programs, 721 N Cincinnati St./PO Box 3528, Spokane, WA 99220

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje de voz?  Si  No

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Necesita interprete?  Si  No Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está representado por un abogado?  Si  No

#### Información sobre su ingreso y hogar

**Ingreso anual:** \$ \_\_\_\_\_ (El total de todas formas de ingreso que reciben en el hogar incluyendo asistencia pública.)

**Tipos de Ingreso:**  sueldo  SSI/SSD  pensión/pago de jubilación  asistencia pública  desempleo

Esta actualmente desempleado?  Si  No  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuánta gente es parte de su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Hay otros que depended de su ingreso?  Si  No

#### Razones por solicitar asistencia de inmigración

¿Cual es tu estado migratorio?  Ciudadano Estadounidense  Residente Permanente  Otro \_\_\_\_\_

#### **Escoge todas las razones que le corresponde:**

- ¿Esta solicitando a un pariente?
- ¿Algún pariente esta solicitándolo/a?
- ¿Esta interesado/a en solicitar la ciudadanía para uste mismo/a?
- Quiere renovar su tarjeta de la residencia permanente?
- Quiere renovar su DACA?
- Quiere saber si uste es eligible para obtener la residencia permanente?
- Otra: \_\_\_\_\_

#### **Proporcione una breve explicación de su asunto de inmigración:**

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

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

#### *Internal Only*

Date: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Attorney: \_\_\_\_\_

Eligibility Outcome: \_\_\_\_\_

Date client notified of outcome: \_\_\_\_\_

Date of follow-up meeting with client \_\_\_\_\_