

# MARKS PARALEGAL PLUS

Leslie Marks

Office: 925-272-0642 Fax: 866-814-8313 Email:  
leslie@marksparalegalplus.com

## Información del Tutor

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Hora de la cita: \_\_\_\_\_

Cliente(s) Nombres(s): \_\_\_\_\_

Email de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Esta usted aplicando para tarifa gratis? SI \_\_\_ NO \_\_\_ (Para las tarifas de presentación de la corte solo.)

## Información de la persona que necesita asistencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Dirección temporal: \_\_\_\_\_

Teléfono temporal: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo (si aplica): \_\_\_\_\_

**CONSERVAR RECIBE (marque todas las que correspondan):** SSI \_\_\_ IHSS \_\_\_ SNAP \_\_\_

SSP \_\_\_ MediCAL \_\_\_ CALWorks/TANIF \_\_\_ County Relief \_\_\_ CAPI \_\_\_ None \_\_\_\_\_

## Información medica de la persona que necesita asistencia

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



# MARKS PARALEGAL PLUS

Leslie Marks

Cell: 510 393-3893 Office: 925-272-0642 Fax: 866-814-8313

Email: lesliepatrice@gmail.com

Nombre y Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado donde fue emitida: \_\_\_\_\_

Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado donde fue emitida \_\_\_\_\_

Nombre y Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## **B. Abuelos (Debe indicar incluso si están muertos)**

**Nombre Abuela materna:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Fallecida?: \_\_\_\_\_ Fecha, estado, ciudad y país del deceso: \_\_\_\_\_

**Nombre Abuelo materno:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Fallecido?: \_\_\_\_\_ Fecha, estado, ciudad y país del deceso: \_\_\_\_\_

# MARKS PARALEGAL PLUS

Leslie Marks

Cell: 510 393-3893 Office: 925-272-0642 Fax: 866-814-8313

Email: lesliepatrice@gmail.com

**Nombre Abuela paterna:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Fallecida?: \_\_\_\_\_ Fecha, estado, ciudad y país del deceso: \_\_\_\_\_

**Nombre Abuelo paterno:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Fallecido?: \_\_\_\_\_ Fecha, estado, ciudad y país del deceso: \_\_\_\_\_

## Familiares de la persona que solicita asistencia

(Nombre de hermanos y hermanas mayores de 12 años)

- Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

- Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

- Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

- Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

- Relación con la persona que necesita asistencia: \_\_\_\_\_

# MARKS PARALEGAL PLUS

Leslie Marks

**Cell:** 510 393-3893 **Office:** 925-272-0642 **Fax:** 866-814-8313

Email: [lesliepatrice@gmail.com](mailto:lesliepatrice@gmail.com)

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## Información de contacto del Centro Regional

Proposed Conservatee a Member of the Regional Center? YES \_\_\_ NO \_\_\_

Name RCEB Case Manager: \_\_\_\_\_

ADDRESS: ( Or circle one of the addresses below)

\_\_\_\_\_

WORK PHONE/ Ext: \_\_\_\_\_ FAX/EMAIL: \_\_\_\_\_

CONTRA COSTA COUNTY	ALAMEDA COUNTY	SOLANO COUNTY	MARIN, SAN FRANCISCO & SAN MATEO	ESPANOL
<b>REGIONAL CENTER OF THE EAST BAY</b> 1320 Willow Pass Rd, # 300 Concord, CA 94520 TEL: 925.691.2320 FAX: 925.674.8001	<b>REGIONAL CENTER OF THE EASY BAY</b> 500 Davis Street San Leandro, CA 94577 TEL: 510.618.6100 FAX: 510.678.4100	<b>NORTH BAY REGIONAL CENTER</b> 610 Airpark Road Napa, CA 94558 TEL: 707.256.1100 FAX: 707. 256.1177	<b>GOLDEN GATE REGIONAL CENTER</b> 4000 Civic Center Dr #310, San Rafael, CA 94903 TEL: (415) 446-3000	<b>LA FAMILIA COUNSELING</b> 24301 Southland Dr, Suite 300 Hayward, CA 94545 TEL: 510.300.3163

GOLDEN GATE RETIONAL CENTER SAN FRANCISCO	GOLDEN GATE REGIONAL CENTER - SAN MATEO
San Francisco County 1355 Market Street, Suite 220 San Francisco, CA 94103 Phone: (415) 546-9222 Fax: (415) 546-9203	San Mateo County 3130 La Selva Street, Suite 202 San Mateo, CA 94403 Phone: (650) 574-9232 Fax: (650) 345-2361