

### Acuerdo Inicial de Consulta

Augustin Egelsee L.L.P. cobra una tarifa de \$600 para una consulta. Esta sesión será en nuestra oficina o por teléfono. En el momento de la consulta discutiremos el caso de su niño y explicar el proceso de denuncia de debido.

El costo de la consulta no es reembolsable. Por favor de completar la información en la página siguiente y regresar a nuestras oficinas junto con el pago de consulta.

#### **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRMAR A CONTINUACIÓN:**

Tras la consulta inicial, si usted se compromete a contratar a el/la Abogado(a) y el/la Abogado(a) está de acuerdo en representarlo(a), firmarán un acuerdo de retenedor. El acuerdo de retenedor se establecen los términos y condiciones de representación.

Nota: Esto no es un retenedor. Solamente es un acuerdo para revisar registros educación y consulta con un abogado de su hijo.

La firma sólo reconoce que ha recibido una copia de esta hoja de información completa.

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACION DEL CLIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Discapacidad: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Telefono del Distrito \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia \_\_\_\_\_ Telefono de la Escuela \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Telefono de casa/cell \_\_\_\_\_

SS#/DL# \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo/fax \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Telefono de casa/cell \_\_\_\_\_

SS#/DL# \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo/fax \_\_\_\_\_

Domicilio de la Madre \_\_\_\_\_ Domicilio del Padre (si diferente) \_\_\_\_\_

A pedido audiencia ? \_\_\_\_\_ Fecha? \_\_\_\_\_ # de caso SN: \_\_\_\_\_

Por favor diga en breve, la rason porque busca ayuda legal. (por favor agregue mas hojas de papel, si lo necesita):

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

**Autorización Para**  
**Desasir Información**

Yo, \_\_\_\_\_, vivo en \_\_\_\_\_,  
Nombre Dirección

CALIFORNIA \_\_\_\_\_, doy autorización a Danielle Augustin y  
código postal

Edwin Egelsee, Abogados, y sus empleados en obtener información para

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño(a)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con respecto a la educación de el/ella.

Adicionalmente autorizo persona, organización con servicios de salud mental, al estado, o condado, gobierno local o estatal, y escuela, universidad, o otra entidad que desasiren información a DANIELLE AUGUSTIN y EDWIN EGELSEE, y sus empleados y sus agentes designados toda la información y documentos en su posesión relativas a la persona representada incluyendo pero no limitándose a información legal, académico, médico, o terapéutico, psicológico, psiquiátrico, rehabilitación, archivos, o reportes que solamente correspondan a las necesidades educativas de la persona.

Yo entiendo que esta autorización, excepto las medidas ya adoptadas, está sujeta a la revocación por mí en cualquier momento.

Esta copia o facsimil contiene la misma autorización que la original.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre dando Autorización

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona dando autorización

**CREDIT CARD AUTHORIZATION**

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name of card holder

\_\_\_\_\_  
Credit Card billing address

\_\_\_\_\_  
Credit card #

\_\_\_\_\_  
Exp. Date Mo/Day/Year

\_\_\_\_\_  
Signature Code (last 3 digits in back of card)

I, hereby, authorize Augustin Egelsee L.L.P. to use my credit card number to debit my account for \_\_\_\_\_ (amount), for legal services and a twenty-five dollar administrative fee (\$25).

I understand that this fee is non-refundable. A fee of \$100 will be charged for American Express transactions.

\_\_\_\_\_  
Signature of card holder