**CUESTIONARIO DE PRIMERA ENTREVISTA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Naturaleza del Juicio y Posible Beneficio Económico** (controvertido o voluntario) |  |
| 1. **Costo Aproximado de Honorarios para el Tipo de Juicio:** |  |
| 1. **Cantidad de Usuarios / Beneficiarios para este Juicio:** |  |
| 1. **Actividad Laboral Desplegada (dependiente e independiente) e Ingreso Percibido Mensual:** |  |
| 1. **Honorarios Profesionales percibidos, pensión, jubilación, gratificación:** |  |
| 1. **¿Realiza alguna actividad comercial? ¿Es Contribuyente?** |  |
| 1. **Personas que viven bajo su dependencia** (mayores, menores, adultos mayor, personas con discapacidad)**:** |  |
| 1. **Egresos aproximados y conceptos de los mismos:** |  |
| 1. **¿Tiene Usted o sus dependientes alguna enfermedad, u otra condición que le genere gastos fijos mensuales?** |  |
| 1. **¿Tiene deuda mensual con entidades financieras, empresas o con particulares?** |  |
| 1. **¿Ya ha iniciado el juicio con algún abogado?** |  |
| 1. **¿Tiene inmuebles inscriptos a su nombre?** (cite datos): |  |
| 1. **¿Es Poseedor de un Inmueble Fiscal o Municipal?** |  |
| 1. **¿Tiene Vehículos?** (detallar las características del mismo) |  |
| 1. **¿Tiene semovientes? ¿Tiene inscripta marca o señal de ganado?** |  |
| 1. **¿Es Propietario de Acciones o Valores?** (detallar las características) |  |
| 1. **¿Tiene Habilitada cuenta de ahorro en alguna Entidad Bancaria?** |  |
| 1. **¿Tiene cuentas por cobrar?** |  |
| Advertencia sobre los alcances del Beneficio de Litigar sin Gastos, del Control de la parte contraria, imposición de costas, consecuencias de la declaración Falsa (Art. 243. C.P.P.) | |
| Otras Observaciones:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Firma del/a declarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_