

SOLICITUD CONFIDENCIAL DE DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA DE ABOGADO(A) DESIGNADO(A)

LÉAME PRIMERO:

- (1) Por favor, rellene todo lo que pueda de este formulario; Si no tiene números exactos, estime los montos financieros con la mayor precisión posible.
- (2) Si no sabe una respuesta, por favor escriba NO SÉ.
- (3) Toda la información financiera debe estar actualizada a la fecha en que complete este formulario. Por ejemplo, si cree que le contratarán la próxima semana para un trabajo, pero hoy todavía no está trabajando, debe indicar que está desempleado.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___ ESTADO MATRIMONIAL: (SOLTERO/A) (SEPARADO/A) (CASADO/A) (DIVORCIADO/A) (VIUDO/A)
MES DIA AÑO CIRCULE UNO

DIRECCIÓN POSTAL: _____ APTO/UNIDAD: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PRINCIPAL #: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO #: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

GÉNERO: MUJER HOMBRE TRANSGÉNERO NO BINARIO/CONFORME PREFIERO NO RESPONDER
CIRCULE UNO

¿RESIDE CON ALGUIEN?: SÍ / NO NÚMERO DE LOS DEPENDIENTES A LOS QUE MANTIENE: _____

¿VIVE EN EL CONDADO DE KENT? SÍ / NO SI ES SÍ, POR CUÁNTO TIEMPO: _____

TIPO DE CASO PARA EL CUAL NECESITA UN ABOGADO (CIRCULE UNO):

DELITO CRIMINAL DELITO MENOR VIOLACIÓN DE UNA ORDEN DE PROTECCIÓN PERSONAL

CASO #: _____ JUEZ: _____ TRIBUNAL: _____

FECHA/HORA DEL PCC: _____ FECHA/HORA DEL PRELIMINAR: _____

¿ESTÁ EN LA CÁRCEL?: SÍ / NO FECHA/HORA DE LA PRÓXIMA AUDIENCIA (si no es PCC o PE): _____

MARQUE TODO/CUALQUIERA QUE CORRESPONDA:

___ Soy menor de 18 años.

___ Recibí asistencia pública (Seguridad de Ingreso Suplementario, Incapacidad del Seguro Social, Medicaid, WIC, Cupones de Alimentos, Vivienda en la Secta 8, etc.).

___ Actualmente estoy cumpliendo una condena en la cárcel o prisión.

___ Actualmente estoy recibiendo tratamiento residencial en un centro de salud mental o abuso de sustancias.

___ Actualmente no tengo hogar.

****SI MARCÓ ALGUNA DE LAS LÍNEAS ANTERIORES, VAYA A LA SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL CASO****

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE EMPLEO

¿ESTÁ EMPLEADO ACTUALMENTE? SÍ / NO SI ES ASÍ, NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO # DEL EMPLEADOR: _____

¿CUÁNTO TIEMPO HA TRABAJADO CON SU EMPLEADOR ACTUAL? _____

GANANCIAS SEMANALES PARA LLEVAR A CASA: \$ _____

PUESTO/TÍTULO DEL TRABAJO _____

SI NO ESTÁ TRABAJANDO, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO UN EMPLEO REGULAR? _____
MES / AÑO

¿SU CÓNYUGE ESTÁ EMPLEADO? SÍ / NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÓNDE? _____

INGRESOS NETOS SEMANALES DEL CÓNYUGE: \$ _____

¿RECIBE / HA SOLICITADO BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE EMPLEO, BIENESTAR, ADC, SOC. SEC.
(por sus siglas en inglés), COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?: SÍ / NO
EN CASO AFIRMATIVO, CANTIDAD: \$ _____

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN FINANCIERA

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE CUENTAS (MARQUE UNA)?

CUENTA DE CHEQUES CUENTA DE AHORROS CUENTA DE JUBILACIÓN

EN CASO AFIRMATIVO, CUÁNTO DINERO HAY EN LA(S) CUENTA(S): \$ _____

¿ES PROPIETARIO(A) DE UN VEHÍCULO? SÍ / NO VALOR ESTIMADO DEL VEHÍCULO(S):
\$ _____ MONTO ADEUDADO AL BANCO/ACREEDOR: \$ _____

ENUMERE CUALQUIER OTRA PROPIEDAD O ACTIVO QUE POSEA (es decir, propiedades, terrenos, otros vehículos,
embarcaciones, acciones, fondos, etc.): _____

ENUMERE TODAS LAS DEUDAS Y SU COSTO MENSUAL***: (es decir, tarjetas de crédito, pagos de manutención de
menores, préstamos, multas/costos ordenados por la corte, facturas médicas, etc.): _____

¿CUÁL ES SU SITUACIÓN DE VIDA? MARQUE CON UN CÍRCULO TODO LO QUE SE APLIQUE A USTED:

SOY PROPIETARIO DE UNA CASA ALQUILO UN APTO/HOGAR VIVO CON UN COMPAÑERO DE PISO VIVO CON MI FAMILIA

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN DEL CASO

¿ESTÁ BAJO FIANZA? SÍ / NO EN CASO AFIRMATIVO, CANTIDAD: \$ _____

¿TIENE OTROS CASOS PENDIENTES? SÍ / NO EN CASO AFIRMATIVO, DÓNDE: _____

¿HA TENIDO UN ABOGADO / DEFENSOR PÚBLICO DESIGNADO ANTES? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO? _____ NOMBRE DEL ABOGADO: _____

Al firmar a continuación, afirmo/juro que todo lo que he escrito en este formulario es verdadero y preciso a mi leal saber y entender. Entiendo que es posible que se me solicite que muestre la verificación de la información proporcionada anteriormente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

**UNA VEZ COMPLETADO, ENVÍE POR CORREO O CORREO
ELECTRÓNICO TODAS LAS PÁGINAS DEL FORMULARIO A:**

Indigent Defense Program
Kent County Administration Building
300 Monroe Ave. NW Grand Rapids, MI 49503

o

indigent-defense@kentcountymi.gov

***ES POSIBLE QUE DEBA REEMBOLSAR EN UN CRONOGRAMA DE PAGOS PARA UN ABOGADO
DESIGNADO***