

DECLARACION JURADA PARA INDIGENCIA

Esta sección va a ser completada por un personal del tribunal

No. _____

The State of Texas

In the Justice Court Pct. 2

vs.

Nacogdoches County

Offense _____

Level of Offense _____

Toda la información debe ser completada por el acusado y debe ser actual, exacta y verdadera. Dar información falsa de manera intencional o deliberada puede resultar en su enjuiciamiento por la ofensa de perjurio agravado, un delito grave. El castigo por perjurio agravado incluye el encarcelamiento que no exceda los diez (10) años y una multa que no exceda los diez mil dólares (\$ 10,000). Por favor, rellene todos los espacios en blanco. Si no sabes la información que se pide, escriba NO SE en el espacio en blanco. Si la información solicitada no se aplica a usted, ingrese

N / A en el espacio en blanco.



Información personal del demandado

Nombre:	
N.º de teléfono	
Dirección	
Ciudad/Estado/Zip	
Seguro social N.º	
Licencia de conducir	
Fecha de nacimiento:	
Nombre del Cónyugue:	

Dependientes			
Nombre(s) (lista a continuación):	Edad	Parentesco	Ingresos

¿Está en la cárcel o en una institución correccional?
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, por favor proporcione el nombre de la instalación:

¿Actualmente reside en un centro de salud mental?
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí Si es sí, por favor proporcione el nombre de la instalación:

¿Tiene una solicitud pendiente en un centro de salud mental?
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí Si es si, por favor proporcione el nombre de la instalación:

Información del empleador	
Empleador	

N.º de teléfono	
Nombre del supervisor:	
Dirección	
Ciudad/Estado/Zip	
Horas trabajadas	__ por semana o __ por mes
Tasa de Pago	
Empleador del cónyuge	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Zip	
Horas trabajadas	__ por semana o __ por mes
Tasa de Pago	

Si está desempleado, liste:	
Periodo de desempleado	
Nombre del empleador anterior	
Dirección del empleador anterior:	
Ciudad/Estado/Zip	

Información financiera del demandado

Asistencia pública ¿Está recibiendo actualmente (marque todos los que correspondan)
<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos
<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Vivienda pública
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI)

Ingresos (mensuales)	Cantidad mensual
salario neto	
Ingresos del cónyuge	
Ingresos por inversiones	
dividendo en acciones	
Dividendo	
Ingresos por alquiler	
gasto en pensiones	
Desempleo	
Beneficios de seguridad social	
Manutención de niños	
Asistencia pública	
TANF	
SSI	
Medicaid	
Otro	
Regalos en efectivo	
Otro (describa: _____)	
INGRESO MENSUAL BRUTO	

Gastos (mensuales)	Pagos mensuales
Arriendo o hipoteca	
Pago del automóvil	
Seguro (vida, salud, automóvil, propietarios de viviendas, etc.)	
Guardería	
Manutención de niños	

Agua	
Gas	
Teléfono:	
Electricidad	
Comida	
Ropa	
Médico	
TV por cable o TV vía satélite	
Bíper	
Teléfono Celular	
Pagos de Préstamos y Deudas	
Préstamos sin pagar (tipo de préstamos)	
Deuda de tarjeta de crédito (nombre de la lista de tarjetas)	
Balance: \$ _____	
Balance: \$ _____	
Otros gastos mensuales (describa)	
GASTOS MENSUALES TOTAL	

Model version 3, p. 2 of 4
 Adopted 11/15/06 - Task Force on Indigent Defense

BIENES		
Bienes		Valor
A. Lugar de residencia ___ Alquiler ___ Propio Describa si es una casa, un condominio, un departamento, otro:		\$
B. Propiedad inmueble; Descripción / Ubicación:		\$
C. Automóvil (es) (Marca / Modelo / Año)		\$
(Marca / Modelo / Año)		\$
(Marca / Modelo / Año)		\$
D. Valores y acciones (proporcione una descripción)		\$
		\$
		\$
E. Otra propiedad (enumere todas sus joyas, equipos, embarcaciones, etcetera.)		\$
		\$
		\$
F. Cuentas bancarias		
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Balance:
		\$
		\$
		\$
		\$
G. Otros bienes (identifique) valor		\$
VALOR TOTAL DE BIENES \$		

Pienso/ no pienso (círculo uno) contratar a un abogado. Los nombres de los abogados con los que me he puesto en contacto son los siguientes:

En este día ___ de ___, 20 ___, he sido informado por el (nombre de; tribunal) tribunal de mi derecho a representación por un abogado en el juicio de la acusación pendiente contra mí. Estoy sin medios para emplear a un defensor de mi elección y por lo tanto solicito que el tribunal me designe a un abogado. Firmando mi nombre debajo, Yo juro que toda la información sobre mi situación financiera es actual, precisa y verdadera.

Firma del Demandado

SUBSCRIBED and SWORN to before me, the undersigned authority, this ___ day of _____, 20__

Clerk's Signature

This court finds the defendant **is / is not** indigent.

Signature of Judge

Model version 3, p. 3 of 4
Adopted 11/15/06 - Task Force on Indigent Defense

ACUERDO DE VERIFICACIÓN

Yo /Yo no (circule uno) autorizo que el tribunal verifique mi información financiera para determinar mi elegibilidad contactando con mi empleador o terceros que pueden confirmar la información proporcionada. Entiendo que si no autorizo al tribunal a contactar a las partes necesarias, entonces debo proporcionar verificación de la información de una manera que sea aceptable para la corte o no tendré un abogado designado.

Firma del solicitante

SUBSCRIBED and SWORN to before me, the undersigned authority, this ___ day of _____, 20__

Clerk's Signature

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

TÍTULO DE LA TRABAJO:

NOMBRE DEL EMPLEADO:

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: ____

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

TELÉFONO DE LA OFICINA:

HORARIOS DE TRABAJO

TASA DE PAGO

INFORMACIÓN FINANCIERA:

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

BALANCE: _____

FIRMA DEL EMPLEADO/PERSONA SUJETA A LA INFORMACIÓN FINANCIERA