

DECLARACIÓN JURADA ESCRITA DE INDIGENCIA

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA SOLO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

El Estado de Texas _____ Tribunal de Condado
vs. _____ Tribunal de Distrito

Delito: Grave/No Grave: ¿Se requiere de un intérprete? Sí No

Delito: Grave/No Grave: En caso afirmativo, indique el idioma:

Delito: Grave/No Grave:

Imputado actualmente en: Institución Penitenciaria Institución de Salud Mental

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA POR EL IMPUTADO O EN PRESENCIA DEL MISMO

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre de Pila Inicial del Segundo nombre Apellido

Dirección _____ Calle Núm. de Depto. Ciudad Estado Código Postal

Números telefónicos _____ Casa Móvil Trabajo Otro miembro de la familia

Marque si usted recibe alguno de los siguientes servicios o beneficios: Medicaid SSI SNAP TANF Asistencia de Vivienda

¿Está usted trabajando actualmente? Sí No ¿En dónde trabaja? _____ ¿En qué trabaja? _____

Horas trabajadas por semana: _____ Tiempo que lleva trabajando ahí: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Nombre de su cónyuge _____
Nombre de Pila Inicial del Segundo nombre Apellido

Nombres de los Menor(es) que dependen de usted (de 0 a 18 años de edad)	Edad	Nombres de los Menor(es) que dependen de usted (de 0 a 18 años de edad)	Edad

INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR

Hogar alquilado: Sí / No	Hogar propio: Sí / No	Vivo en el hogar de otros familiares: Sí / No	Sin hogar: Sí / No
--------------------------	-----------------------	---	--------------------

INGRESOS MENSUALES Y BIENES		GASTOS MENSUALES	
Mis ingresos después de impuestos	\$	Pago de Alquiler o de Hipoteca	\$
Ingresos después de impuestos de mi cónyuge	\$	Servicios públicos (Luz, Gas, Agua)	\$
Manutención de Menores (Recibida)	\$	Total de gastos en los menores (Incluya pagos de Manutención de Menores hechos por usted)	\$
SNAP (Cupones alimenticios)	\$	Total de Gastos en Alimentos	\$
Seguro Social / Discapacitación	\$	Gastos de Transporte	\$
Otros Ingresos del Gobierno	\$	Teléfono móvil o de la casa	\$
Otros Ingresos	\$	Cuotas de Vigilancia de su libertad a prueba	\$
Bienes (auto, casa, etc.)	\$	Gastos Médicos / Seguro Médico	\$
TOTAL MENSUAL DE INGRESOS Y BIENES	\$	Pago Mínimo Mensual de Tarjetas de Crédito	\$
		TOTAL MENSUAL DE GASTOS	\$

Juramento del Imputado

El día de hoy _____ de _____ del 20 ____, he sido notificado sobre mi derecho a ser representado por un abogado en relación al cargo en mi contra. Yo declaro que no tengo los medios económicos para contratar un abogado por mi propia cuenta y por el presente solicito al Juez me asigne un abogado de oficio.

Firma del Imputado

Fecha

JURAMENTADO y FIRMADO ante mí, la autoridad que suscribe, el día de hoy _____ de _____, del 20____.

Firma del Secretario del Tribunal/Fedatario

Fecha

¿El imputado cumple actualmente con los requisitos para calificar?

SÍ

NO

Fecha _____

ORDEN JUDICIAL ASIGNANDO UN ABOGADO DE OFICIO

_____ es nombrado(a) para representar al imputado _____

en el(los) siguiente(s) cargo(s): _____

Aprobado por _____

Fecha: _____

Funcionario que Autoriza

Información del(la) Abogado(a)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número telefónico: _____

Ubicación del Imputado

Cantidad de la Fianza: _____ Tipo de Fianza: Garantía personal En efectivo/fiador

Compañía Afianzadora: _____

En libertad bajo fianza

En la cárcel

Dirección: _____

Condado _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Institución _____

Número telefónico: _____

¿El imputado fue detenido por orden de detención de otro condado? Sí No

En caso afirmativo, indique el otro condado: _____

Se han enviado los formularios necesarios a la persona a cargo de recibirlos en el condado donde fue expedida la orden de detención, dentro de las 24 horas.