

CONDADO DE _____

Número de Caso _____

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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Delito: _____	Grave/No Grave: _____	En caso afirmativo, indique el idioma: _____
Delito: _____	Grave/No Grave: _____	

Imputado actualmente en: Institución Penitenciaria Institución de Salud Mental

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

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	\$ _____

CONDADO DE _____

Número de Caso _____

DECLARACIONES 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

DECLARACIONES DEL JUEZ

SÍ

NO

Juez Presidente _____

Fecha _____