|  |  |
| --- | --- |
| ***Esta sección será llenada solo por el Personal de la Oficina***  **ATTACHMENT 5**  **APPLICACION Y DECLARACIÓN JURADA PARA DETERMINAR INDIGENCIA** | |
| El Estado de Texas  vs.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunal de Condado  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: |  |
| Detenido actualmente en:  Institución Penitenciaria  Institución de Salud Mental | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Esta sección será llenada por el ACUSADO 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VETERANO 󠆯󠆯 SI 󠆯 󠆯󠆯 NO** | | | | | | | | |
| **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** | | **$** | | **TOTAL MENSUAL DE GASTOS** | | | **$** | |
|  | |  | |  | | |  | |

|  |
| --- |
| **Juramento del Acusado** |
| 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 Acusado 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 acusado 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**  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **En la cárcel**  Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿El acusado 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. | |