

CONDADO DE COLLIN, TEXAS

CASO N.º _____

SO # _____
CAA _____ Hire/Waive _____

DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA POR EL(LA) ACUSADO(A) O CON EL(LA) ACUSADO(A)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / ____ / ____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido
 Dirección _____
 Calle Apto N.º Ciudad Estado Código postal
 Números de teléfono _____
 Casa Celular Trabajo Familiar
 Correo electrónico: _____
 ¿Tiene número de seguro social? Sí No
 (su número de seguro social) _____
 Tiene: Medicaid SSI/SSDI Asistencia alimentaria/SNAP TANF CCIHP Vivienda pública

¿TIENE UN EMPLEO?

Sí - ¿Dónde? _____
 No - ¿Cuánto tiempo lleva como desempleado(a)? _____
 Semanas/Meses/Años
 (seleccione una respuesta)
 Horas a la semana: _____
 Monto del salario por hora: \$ _____ O Salario: \$ _____ por semana
 ¿Por cuánto tiempo ha tenido este empleo? _____
 Si no ha tenido este empleo actual por más de dos (2) años, por favor incluya su historial de empleo.

ESTADO CIVIL

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viudo(a) Separado(a)
 Nombre de(de la) cónyuge: _____
 (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
 No. de seguro social de(de la) cónyuge _____

Nombre de los hijos dependientes (0 a 17 años)	Edad

Lista de lugares donde trabajó antes	Duración del empleo	Ingreso bruto mensual

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿Vivienda propia o rentada?: _____ Vive con su familia: sí o no Sin hogar: sí o no

INGRESO MENSUAL		GASTOS MENSUALES	
Pago neto que recibe usted	\$	Renta o hipoteca	\$
Pago neto que recibe el(la) cónyuge	\$	Servicios públicos (electricidad, gas, agua)	\$
Manutención de menores (recibida)	\$	Total gastos por niños (incluida la manutención de menores pagada)	\$
SNAP (asistencia alimentaria)	\$	Total gastos por alimentos	\$
Seguro social/discapacidad	\$	Costos de transporte (pasaje de autobús, público o pago del auto o gasolina)	\$
Otro cheque del Gobierno (desempleo)	\$	Teléfono celular y de casa	\$
Otros ingresos (pensión conyugal, jubilación)	\$	Costos legales, impuestos, cuotas por libertad condicional	\$
TOTAL INGRESO MENSUAL	\$	Gastos médicos/seguro médico	\$
		Pago mínimo mensual de tarjetas de crédito	\$
		TOTAL GASTOS MENSUALES	\$

ACTIVOS

Valor de la vivienda _____ Hipoteca _____ Valor del auto _____ Préstamo del auto _____
 Dinero en efectivo en su cuenta de cheques, ahorros o similar _____ Dinero en efectivo en cuentas de su cónyuge _____

**DEBE COMPLETAR LAS TRES SECCIONES SIGUIENTES
(SOLO EL[LA] ACUSADO[A])**

AVISO DEL DERECHO A FIANZA

Como acusado(a), usted tiene el derecho a fianza mediante garantías suficientes. La fianza es la garantía otorgada para asegurar que el(la) acusado(a) (es decir, usted) se presente ante la corte para responder al(a los) cargo(s) del(de los) que se le acusa(n). Un(a) magistrado(a) usará la información que usted incluya en este formulario para ayudarle a establecer el monto de su fianza.

¿Hay algo más que usted quiera que el(la) magistrado(a) considere al determinar el monto de la fianza?

En este día _____ de _____ 20____, he sido informado(a) de mi derecho a fianza. Yo declaro bajo
(día) (mes) (año)

pena de perjurio que el monto máximo de la garantía que yo puedo presentar o pagar por adelantado dentro de las 24 horas de mi arresto es de \$ _____.

DECLARACIÓN NO JURADA DEL(DE LA) ACUSADO(A)

Mi nombre es _____ . Mi fecha de nacimiento es _____ .
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Mi dirección _____ .
(calle y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal) (Condado)

Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anteriormente mencionado es verdadero y correcto. Legalizado en el condado de Collin, estado de Texas, el día _____ .
(día) (mes) (año)

JURAMENTO DEL(DE LA) ACUSADO(A)

En este día _____ de _____ 20____, he sido informado(a) de mi derecho a ser representado(a) por un(a) abogado(a)
(día) (mes) (año)

en relación con el(los) cargo(s) que está(n) en curso contra mí. Yo certifico que no cuento con los recursos para contratar a un(a) abogado(a) de mi elección y, por este medio, solicito que la corte nombre un(a) abogado(a) para que me represente.

Firma del(de la) acusado(a)

Fecha

POR FAVOR, NO COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE – SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Clerk's Notes

Interpreter Required? Yes No

If yes, language required:

DETERMINATION BASED ON:

TWC:

Gross:

Net:

Family Size:

FS MC SSI/SSDI TANF CCIHP PH

Other:

Defendant Currently Meets Eligibility Requirements?

Yes

No

FPL: _____ %

Date: _____

Clerk's Initials: _____