|  |
| --- |
| ***Esta sección será llenada solo por el personal de la Oficina***  **DECLARACIÓN JURADA ESCRITA DE INDIGENCIA PARA CASOS DE MENORES** |

|  |  |
| --- | --- |
| El Estado de Texas  vs.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunal de Condado  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunal de Distrito |
| Delito: | ¿Se requiere de un intérprete? **☐ Sí ☐ No**  En caso afirmativo, indique el idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Delito: |
| El Menor actualmente en: ☐ Institución Penitenciaria ☐ Institución de Salud Mental | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Esta sección será llenada por el Padre, la Madre o el Tutor Judicial del Menor***  ***o en presencia de uno de ellos*** | | | | | | | | |
| **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)** | | **$** | | **Total de gastos en los menores (Incluya pagos de**  **Manutención de Menores hechos por usted)** | | | **$** | |
| **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 Padre o la Madre o el Tutor** | |
| El día de hoy \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_, he sido notificado sobre el derecho del menor a mi cargo a ser representado por un abogado en relación al cargo en su contra. Yo declaro que no tengo los medios económicos para contratar un abogado por mi propia cuenta para dicho menor y por el presente solicito al Juez le asigne un abogado de oficio. | |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del Padre o de la Madre o del Tutor | Fecha |
| JURAMENTADO Y FIRMADO ante mí, la autoridad que suscribe, el día de hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del 20\_\_\_\_\_\_.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del Secretario del Tribunal/Fedatario Fecha** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿El Menor cumple actualmente con los requisitos para calificar?** | |
| **SÍ** | **NO** |
| **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**ORDEN JUDICIAL ASIGNANDO UN ABOGADO DE OFICIO**

{0>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ is appointed to represent juvenile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ on the following charge(s):<}0{>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es nombrado(a) para representar al menor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el(los) siguiente(s) cargo(s):<0} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

{0>Approved:<}100{>Aprobado por<0} {0>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:<}100{>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­ Fecha:<0} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{0>**Appointing Authority**<}100{>**Funcionario que Autoriza**<0}

|  |
| --- |
| {0>**Attorney’s Information**<}0{>**Información del(la) Abogado(a)**<0}  {0>Name:<}100{>Nombre:<0} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  {0>Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0}  {0>City, State, Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0}  {0>Telephone Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0} |

|  |  |
| --- | --- |
| {0>**Juvenile’s Location**<}0{>**Ubicación del Menor**<0} | |
| {0>**Released**<}0{>**Puesto en libertad**<0}  {0>Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0}  {0>City, State, Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0}  {0>Telephone Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0} | {0>**In Detention**<}0{>**Bajo detención**<0}  {0>County \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0}  {0>Facility\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<}100{>Institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<0} |