CONDADO DE _____ Número de Caso _____

DECLARACIÓN JURADA ESCRITA DE INDIGENCIA

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA SOLO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

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:	

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	$

CONDADO DE _____ Número de Caso _____

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**

Juez Presidente _____ **Fecha** _____