CONDADO DE _____ Número de Caso: _____

DECLARACIÓN JURADA ESCRITA DE INDIGENCIA PARA CASOS DE MENORES

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA SOLO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

El Estado de Texas vs. _____	_____ Tribunal de Condado _____ Tribunal de Distrito
Delito:	¿Se requiere de un intérprete? ☐ **Sí** ☐ **No**
Delito:	En caso afirmativo, indique el idioma: _____

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	**$**

CONDADO DE _____ Número de Caso: _____

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 _____

CONDADO DE _____ Número de Caso: _____

ORDEN JUDICIAL ASIGNANDO UN ABOGADO DE OFICIO

_____ es nombrado(a) para representar al menor_____ 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 Menor

☐ **Puesto en libertad**	☐ **Bajo detención**
Dirección: _____	Condado _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Número telefónico: _____	Institución_____