



300 OAK STREET, SUITE 504

OFFICE OF INDIGENT DEFENSE  
TAYLOR COUNTY COURTHOUSE

ABILENE, TEXAS 79602

(325)738-8541 FAX (325)738-8542

SHARON MILLER

Coordinadora de Defensa de Indigentes

Acusado de Condado de Taylor,

Si usted desea solicitar al Tribunal un abogado designado para su caso del Condado de Taylor y aún no lo ha hecho, puede completar la solicitud adjunta y devolverla. El personal de la cárcel del Condado de Taylor remitirá el documento a mi oficina, o puede devolverla vía correo o cualquier otro método que usted prefiera.

Debe entender que **TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO DEBEN SER COMPLETADOS** en orden para que su aplicación por el Tribunal sea considerada para nombrar un abogado para usted. Por favor llene el documento en su totalidad para evitar delatar el proceso de nombramiento.

Si usted tiene cualquier otra pregunta, por favor no se detenga en contactarme con la información de contacto indicado anteriormente.

Gracias,

Sharon Miller

Coordinador de defensa de indigentes del Condado de Taylor.

Nombre del Acusado: \_\_\_\_\_ TCSO: \_\_\_\_\_

**(Nota: Si desea contratar su propio abogado, por favor indique en este formulario de abajo y devuélvalo. Gracias.)**

Nombre del abogado contratado/contratación: \_\_\_\_\_

Taylor County AAPPLICATION para corte nombrado abogado (declaración jurada de indigencia)

**Solicitud del condado de Taylor PARA ABOGADO DESIGNADO POR LA CORTE (Declaración jurada de indigencia)**  
(Casos penales)

1. CASO# \_\_\_\_\_ OFENSA: \_\_\_\_\_ Taylor. S.O. # \_\_\_\_\_  
 2. CASO# \_\_\_\_\_ OFENSA: \_\_\_\_\_  
 3. CASO# \_\_\_\_\_ OFENSA: \_\_\_\_\_  
 4. CASO# \_\_\_\_\_ OFENSA: \_\_\_\_\_  
 5. CASO# \_\_\_\_\_ OFENSA: \_\_\_\_\_

Mi nombre legal completo es: \_\_\_\_\_ Otro nombres que he utilizado: \_\_\_\_\_

Mi edad es: \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HABLO INGLÉS (Marque uno) SÍ \_\_\_\_ o NO \_\_\_\_

**Nombre de pareja y hijos-También enumere a cualquier otra persona que resida en su hogar:**

Nombre	¿Vive Contigo?	Relación	Edad	Nombre	¿Vive Contigo?	Relación	Edad
1.	Sí No			5.	Sí No		
2.	Sí No			6.	Sí No		
3.	Sí No			7.	Sí No		
4.	Sí No			8.	Sí No		

Vivo En: \_\_\_\_\_ (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código Postal) Casa, Apt

Teléfono # Es (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mi número de teléfono alternativo es (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Círculo uno arriba)

Nombre De Mi Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion de Empleador \_\_\_\_\_

Si no esta empleado, ¿Cuándo Fue el Ultimo Día que Trabajó? \_\_\_\_\_ ¿Dónde Trabajaste? \_\_\_\_\_

Otros Datos de Empleo: \_\_\_\_\_

¿Está Recibiendo Usted, Su Pareja O Sus Hijos?		MIS INGRESOS: Que Recibo MENSUAL	Cantidades
____ Cupones de alimentos ____ TANF		Salario Mensual	
____ Medicaid/Medicare ____ SSI		Cónyuge, Prometido, Pareja (Ingresos)	
____ Vivienda Pública ____ Seguro Social		Ingresos Por Inversión	
<b>GASTOS: TENGO CADA MES</b>	<b>PAGOS</b>	Ingresos Por Alquiler	
Alquiler o Pago Hipotecario		Pagos de Pensiones	
Vehículos(s) Pago(s)		Desempleo	
Aseguranza (Casa, Vida, Vehículo,Dental)		Seguro Social	
Cuidado de Niños		Manutención de Niños	
Manutención de Niños, Que USTED PAGA		Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)	
Electricidad, Agua, Gas, Cable, TV---Total →		SSI— Ingresos Suplementarios del Seguro	
Teléfono Fijo, Teléfono Celular		Otros Ingresos Mensuales (Describe)	
Alimentos/Gasolina		<b>TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$</b>	
Recetas y Otros Costos Médicos Mensuales			
Alquiler de Muebles			
Préstamos (Estudiante, Día de Pago) y Pagos de Deudas		<b>EFFECTIVO TOTAL QUE TIENE EN CUENTAS BANCARIAS O A MANO</b>	
Deuda de Tarjeta de Crédito		<b>TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO DEBEN COMPLETARSE</b>	
\$ _____ Saldo de la Cuenta: Pago Mensual →		(Este Espacio Solo Para Uso de la Oficina)	
Pagos de Libertad Condicional/libertad condicional			
Otros Gastos Mensuales (Describe)			
<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES</b>			

Dueno/Comprando algun propiedad? \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_ Dueno/Comprando algun Vehículo? \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

Actualmente Estoy (Marque Uno)  En la Cárcel Desde: \_\_\_\_\_ O  Estoy Fuera con Fianza. (Círcule el tipo) (Efectivo) (Personal) (Bondsman) o (CSRFP).

Actualmente Estoy en Un Caso de SALUD MENTAL O Tengo Una Solicitud Pendiente : (Marque Uno)  SI  NO

**Entiendo que toda la información puede ser verificada, y he autorizado al tribunal a hacerlo.** "Juro o afirmo que la información y los hechos anteriores que he proporcionado para el tribunal están dentro de mi conocimiento personal y son verdaderos y correctos. Entiendo que si doy intencional o a sabiendas información falsa ya sea en esta declaración jurada o durante cualquier audiencia sobre mi situación financiera, para que pueda ser procesado por perjurio agravado y si es declarado culpable, ser sentenciado a cumplir hasta diez (10) años en la penitenciaría."

Firma Del Acusado Aquí \_\_\_\_\_

SUSCRITO y JURADO Ante Mí en Esta Fecha: (Mes) \_\_\_\_\_ en este (Día) \_\_\_\_\_ Y En Esto (Año) 20\_\_\_\_.

DATE RECEIVED: ____/____/____
DATE APPOINTED: ____/____/____
DATE DENIED: ____/____/____
ATTORNEY: _____
_____ JUDGE'S SIGNATURE / FIRMA IDC:

- Indigent Defense Official  
 Deputy Clerk  
 Notary Public

- (Official's Signature Here)  
 Court Administrator  
 Court Bailiff/Deputy Constable  
 Magistrate