

AVISO: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Fecha de Recibo: _____
Fecha de Aprobación: _____
Fecha de Negación: _____
Abogado: _____
Iniciales de la Juez: _____

NÚMERO DE CAUSA _____

EN EL INTERÉS SUPERIOR § **TRIBUNAL DE PROTECCIÓN A**
DE § **MENORES DEL**
 _____ §
UN MENOR/MENORES § **CONDADO DE TAYLOR,**

**DECLARACIÓN DE INDIGENCIA DE PADRES Y
MADRES DE FAMILIA Y SOLICITUD PARA
OBTENER UN ABOGADO DE OFICIO**

1. SU INFORMACIÓN

Mi nombre legal completo _____ Mi fecha de nacimiento _ / ___ / ____
Nombre de Pila Segundo Nombre Apellido Mes/Día/Año

Mi domicilio (Casa) _____
(Correo) _____

Mi número de teléfono _____ Mi correo e-mail _____

Mis dependientes, "Las personas que dependen de mi económicamente" se indican a continuación:

Nombre	Edad	Parentesco que tienen conmigo
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

2. ¿RECIBE BENEFICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL?

- Yo NO recibo beneficios de asistencia social - o -
- Yo SÍ recibo estos subsidios del gobierno/asistencia social, basados en los márgenes de indigencia:
(Marque TODAS las casillas que apliquen y adjunte a este documento pruebas, tales como una copia del cheque que recibe o de la notificación oficial que sí calificó para recibir el beneficio.)
- Cupones para alimentos/SNAP TANF Medicaid CHIP SSI WIC AABD
- Asistencia Pública de Vivienda Asistencia Pública de Energía Eléctrica para Personas de Ingresos Bajos
- Asistencia de Urgencia Línea Telefónica para Ayuda Vital Servicios para Mayores y Discapacitados (DADS)
- Subsidio de Medicare para Personas de Ingresos Bajos (LIS) Pensión para Veteranos de Guerra con Necesidad
- Asistencia de Guardería para Personas de Bajos Recursos (CCDBG, Child Care and Development Block Grant)
- Asistencia del Condado, Cuidados Médicos a través del Condado, Asistencia General (GA)
- Otros beneficios: _____

3. ¿CUÁLES SON SUS FUENTES DE INGRESOS MENSUALES?

Mi salario neto mensual es de:

\$ _____ Yo trabajo como _____ para _____
Título de su puesto *Compañía o Jefe*

\$ _____ de beneficios de desempleo al mes. He estado desempleado desde _____

\$ _____ de beneficios de Asistencia Pública.

\$ _____ de ingresos de otras personas en mi hogar al mes. (Tan solo indique si otros miembros de su hogar contribuyen con ingresos adicionales para la familia).

\$ _____ de Jubilación/pensión Propinas, bonos Discapacidad Compensación al Trabajador

Seguro Social Vivienda Militar Dividendos, intereses, regalías

Manutención de Menores/Manutención Conyugal Recibida

Ingresos de mi cónyuge o de otro miembro de mi hogar

\$ _____ de otros trabajos/de otras fuentes de ingreso (Describalos) _____.

\$ _____ son mis **INGRESOS TOTALES** al mes.

4. ¿CUÁL ES EL VALOR DE SUS PROPIEDADES?

Mis bienes incluyen:

Valor

Dinero en Efectivo \$ _____

Cuentas bancarias, otros bienes financieros \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Vehículos (automóviles, lanchas) (*modelo y año*)

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Otros bienes (como joyas, acciones, terrenos, una segunda casa. No indique su hogar familiar).

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Valor total de sus bienes → \$ _____

5. ¿CUÁLES SON SUS GASTOS MENSUALES?

Mis gastos mensuales son:

Cantidad

Alquiler/Hipoteca/Mantenimiento de casa \$ _____

Alimentos y artículos para el hogar \$ _____

Luz, gas, agua y teléfono \$ _____

Ropa y lavado de ropa \$ _____

Gastos médicos y dentales \$ _____

Seguros (de vida, médico, de automóvil etc.) \$ _____

Escuelas y guarderías \$ _____

Transportación, reparaciones de automóviles, gasolina \$ _____

Manutención a Menores/Manutención Conyugal \$ _____

Salarios retenidos por orden judicial \$ _____

Otros gastos \$ _____

Pagos por deudas: (*Indíquelos*) \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

Gastos Totales Mensuales → \$ _____

6. ¿HAY DEUDAS U OTROS FACTORES QUE EXPLIQUEN SU SITUACIÓN ECONÓMICA?

Mis deudas incluyen: (indique la clase de deuda y la cantidad que debe): _____

(Si usted desea que el tribunal considere otros factores, tales como gastos médicos excepcionales, emergencias familiares, etc., adjunte al formulario otra hoja con esta información y bajo el título "Anexo: Información Adicional de Apoyo")

Seleccione esta casilla si adjunta otra hoja.

7. DECLARACIÓN

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que precede es correcta y verdadera. Yo declaro, además, que no tengo los medios económicos para costearme el contratar a un abogado defensor ni para cubrir el pago de costas de tribunal. Yo entiendo que si intencionalmente o a sabiendas doy información falsa ya sea en esta declaración bajo juramento o durante cualquier audiencia sobre mi condición financiera, se me podrá procesar judicialmente por perjurio con agravantes y si recibo una condena penal se me podrá sentenciar hasta por diez (10) años en una institución penitenciaria.

Mi nombre es _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____.

Mi domicilio es _____.

_____ Firmado hoy _____ / _____ / _____ en el Condado de _____ en Texas.

Firma