

DIVULGACIÓN DE ESTADO FINANCIERO/ DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

(Es posible que se cobre una cuota de solicitud de \$25.00— véase aviso al dorso)

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del solicitante	Fecha de nacimiento	Nombre del representado (<i>en caso de ser menor</i>)	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Ciudad	Estado
			Código postal
Caso No.	Teléfono ()		Celular ()

II. OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR

Nombre 1)	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre 3)	Fecha de nacimiento	Relación
2)			4)		

III. ELIGIBILIDAD PRESUNTIVA

Se presume la designación de un asesor legal si la persona representada reúne cualquiera de los siguientes requisitos. Hacer el favor de colocar una X.

Ohio Works First / TANF (Ayuda federal para familias necesitadas): SSI (Ingreso suplementario de seguridad): SSD (Discapacidad del Seguro Social): Medicaid: Beneficios de pobreza para veteranos: Cupones para alimentos: Beneficios de colocación de refugiados: Encarcelado en una penitenciaría estatal: Ingresado en una institución pública de salud mental: _____

Otros (favor de describir): _____ Menor de edad: (*en caso de ser menor, favor de pasar a la Sección VIII*)

IV. INGRESOS Y EMPLEADOR

	Solicitante	Cónyuge <small>(No incluya los ingresos del cónyuge si esta persona es presunta víctima)</small>	Ingresos Totales
Sueldo bruto mensual			
Desempleo, indemnización laboral, pensión alimenticia, otros tipos de ingresos			
INGRESOS TOTALES			\$
Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____			
Dirección del empleador: _____			

V. ACTIVOS LÍQUIDOS

Tipo de Activo	Valor Estimato
Cuentas: corriente, de ahorro, de mercado monetario	\$
Acciones, bonos, certificados de depósito	\$
Otros activos líquidos o efectivo en caja	\$
Total en Activos Líquidos	\$

VI. GASTOS MENSUALES

Tipo de Gasto	Cantidad	Tipo de Gasto	Cantidad
Pago de pensión alimenticia		Teléfono	
Cuidado infantil (sólo si Ud. trabaja)		Transporte / Combustible	
Seguro (médico, dental, automotor, etc.)		Impuestos retenidos o adeudados	
Gastos médicos / dentales o costos relacionados con el cuidado de un familiar con salud delicada		Tarjeta de crédito, otros préstamos	
Alquiler / Hipoteca		Servicios públicos (gas, luz, agua / alcantarillado, basura)	
Alimentos		Otros (especificar)	
GASTOS	\$	GASTOS	\$

VII. DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA

Si los ingresos totales del solicitante en la Sección IV se hallan en o por debajo de un 187.5% de las pautas de pobreza federales, se deberá designar a un asesor legal.

Para aquellos solicitantes cuyos ingresos totales en la Sección IV se hallan por sobre un 125% de las pautas de pobreza federales, véase notificación de resarcimiento en la Sección XI.

Si los activos líquidos en la Sección V superan las cifras provistas en la sección 120-1-03 del OAC (Código Administrativo de Ohio), es posible que se niegue la designación de un asesor legal si el solicitante puede contratar a un asesor legal haciendo uso de tales activos líquidos.

Si los ingresos totales del solicitante se hallan por sobre un 187.5% de las pautas de pobreza federales, pero éste es incapaz financieramente de contratar a un asesor legal después de pagar los gastos mensuales presentados en la Sección IV, se deberá designar a un asesor legal.

VIII. NOTIFICACIÓN DE LA CUOTA DE SOLICITUD DE \$25.00

Al enviar este formulario de divulgación de estado financiero / declaración jurada de indigencia, se le cobrará una cuota de solicitud no reembolsable de \$25.00 a menos que el tribunal exima o reduzca tal cuota. Si se le cobra, ésta se deberá pagar dentro de siete (7) días del envío de este formulario a la entidad encargada de tomar una decisión con respecto a su indigencia. A ningún solicitante se le negará asesoría legal en base al incumplimiento o incapacidad de pagar esta cuota.

IX. DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

Yo, _____ (solicitante o menor delincuente), habiendo prestado el debido juramento, declaro:

1. No tengo los medios económicos para contratar a un asesor legal sin que resulte en una carga considerable para mí o mi familia.
2. Entiendo que debo informar al defensor de oficio o al apoderado en caso de que mi situación financiera cambie antes del fallo sobre el caso o casos para el cual o los cuales se me representa.
3. Entiendo que si el condado o el tribunal determina que no se debiera haber prestado representación legal, es posible que yo deba reembolsar al condado los gastos que éste ha incurrido por costos de representación. Cualquier medida tomada por el condado para cobrar honorarios legales conforme a lo aquí expuesto deberá llevarse a cabo dentro de dos años a partir de la última fecha en que se prestó representación legal.
4. Entiendo que estoy sujeto a cargos penales por proporcionar falsa información financiera en relación a esta solicitud para representación legal, conforme a las secciones 120.05 y 2921.13 del Código Revisado de Ohio.
5. Por la presente certifico que la información que he provisto en este formulario de divulgación de estado financiero es exacta según mi leal saber y entender.

Firma del declarante

Fecha

Notario público / Individuo debidamente autorizado para tomar juramento

Suscrito y debidamente juramentado ante mí de conformidad con la ley, por el solicitante mencionado anteriormente a _____ de _____ de _____ en _____, condado de _____, estado de Ohio.

Firma de la persona que toma juramento

Título (ejemplo: notario, secretario judicial adjunto, etc)

X. CERTIFICACIÓN DEL JUEZ

Por la presente certifico que el solicitante mencionado anteriormente es incapaz de llenar y/o firmar esta divulgación de estado financiero/declaración jurada por la siguiente razón: _____. He establecido que la parte representada reúne los requisitos para recibir los servicios de un asesor legal nombrado por el tribunal.

Firma del juez

Fecha

XI. NOTIFICACIÓN DE RESARCIMIENTO

La sección §120.03 del ORC permite programas de resarcimiento en los condados. Cualquier programa de esta índole no debería comprometer la calidad de la defensa prestada o tomar medidas para rechazar representación a solicitantes idóneos. Ningún pago, compensación o donaciones en especies se requerirá de cualquier solicitante o cliente cuyos ingresos se hallan por debajo de un 125% de las pautas de pobreza federales. Véase la sección 120-1-05 del OAC.

A través del resarcimiento, es posible que un solicitante o cliente deba pagar **parte** del costo de los servicios prestados, si se espera que él o ella pueda pagarlo de manera razonable. Véase la sección §2941.51 (D) del ORC.

XII. INGRESOS DE LOS PADRES DEL MENOR* - PARA FINES DE RESARCIMIENTO SOLAMENTE - NO PARA LA DESIGNACIÓN DE UN ASESOR LEGAL

Ingresos de los padres custodios (No incluya los ingresos de los padres si el padre o la madre o familiar es la presunta víctima)	Total
Sueldo (bruto)	
Desempleo, indemnización laboral, pensión alimenticia, otros tipos de ingresos	
INGRESOS TOTALES	\$

* Por favor complete la Sección VI en la página 1 de este formulario si desea que el tribunal tome en cuenta sus gastos mensuales cuando determine la cantidad de resarcimiento que usted pueda pagar de manera razonable.