Seleccione todas las casillas que correspondan.
Escriba sus respuestas en letra de MOLDE.

Use este formulario para pedir que se le asigne un abogado de oficio UNICAMENTE en casos que involucran a CPS.

Núm. de caso: _____
(En letra de molde, escriba la información del tribunal exactamente como aparece en su Petición)

EN EL INTERÉS DE _____

_____ En el Tribunal de Distrito_____

_____ del Condado Travis, Texas

Affidavit of Indigency and Request for Court-Appointed Attorney

DECLARACIÓN DE INDIGENCIA Y SOLICITUD PARA RECIBIR UN ABOGADO ASIGNADO POR EL TRIBUNAL

No puedo pagar los costos judiciales. Declaro **bajo pena de perjurio** que las declaraciones hechas en la presente Declaración de Indigencia son ciertas y correctas.

Mi nombre es:_____.
Primer Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

Mi dirección es: _____.
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código Postal* *País*

Puedo ser contactado por teléfono al:(_____)_____ o al (_____)_____.

Mi fecha de nacimiento es: ____/_____/_____. Mi correo electrónico es: _____.

☐ Sí ☐ No Esta demanda fue presentada por el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS).

☐ Sí ☐ No Soy nombrado en la demanda como uno de los padres o de los posibles padres para uno o más de los niños en la demanda.

☐ Sí ☐ No Me opongo a las acciónese solicitadas por DFPS en esta demanda para quitarme o limitar mi derechos de padre.

☐ Sí ☐ No Le pido al Juez que me asigne un abogado de oficio para que me represente.

❶ ***Enumere a cada persona que vive un su casa sin incluirse a sí mismo.***

	Nombre	***Edad***	***Relación hacia mí***	***¿Apoya usted más de la mitad del apoyo financiero para esta persona?***
a)				☐ Sí ☐ No
b)				☐ Sí ☐ No
c)				☐ Sí ☐ No
d)				☐ Sí ☐ No
e)				☐ Sí ☐ No
f)				☐ Sí ☐ No

❷ **Actualmente recibo los siguientes beneficios del gobierno o beneficios públicos basados en mi indigencia:**

(Seleccione todo lo que reciba)

☐ Estampillas de Comida/SNAP
☐ SSI
☐ TANF
☐ WIC
☐ Medicaid
☐ CHIP
☐ Vivienda Pública
☐ AABD
☐ Asistencia de Emergencia
☐ LIS de Medicare (“Ayuda Adicional”)
☐ Cuidado Comunitario mediante DADS
☐ Pensión de Asuntos de Veteranos (VA) basada en Necesidades
☐ Asistencia de Energía para personas de bajos ingresos
☐ Asistencia del Condado, Ayuda del Condado para el cuidado de la salud, o Asistencia en General
☐ Asistencia del Cuidado Infantil bajo un subsidio de Cuidado y Desarrollo Infantil
☐ Otro _____
(Describa y adjunte un comprobante)

O ☐ NO recibo beneficios públicos basados en indigencia.

❸ Mis fuentes de ingresos son:

Salario	Cargo	Nombre del Empleador
Primer trabajo: Trabajo de		para
Segundo trabajo: Trabajo de:		para

O ☐ No tengo trabajo. Estoy desempleado desde:(*fecha)* ____/____/____

Mis otras fuentes de ingresos son:

☐ Manutención de niños/ apoyo conyugal ☐ Retribución de trabajadores ☐ Disability/discapacidad ☐ Jubilación/pensión

☐Propinas/bonos ☐ Desempleo ☐ Seguro Social ☐ Vivienda militar

☐El ingreso de mi cónyuge o el ingreso de otro miembro de mi hogar ***(si está a mi disponibilidad***)

☐ Dividendos/intereses/regalías ☐ Otro ingreso ***(Describa)***: _____

❹ Las cantidades que recibo de mis ingresos son:

$_____ es mi ingreso total neto cada mes de todo mi **SALARIO** después de la deducir los impuestos

+ $_____ es la cantidad de ingreso que recibo cada mes en **BENEFICIOS PÚBLICOS**

+ $_____ es la cantidad de ingresos que recibo **DE OTRAS PERSONAS** en mi hogar *(Declare este ingreso solo si los otros miembros contribuyen al hogar.)*

+ $_____ es la cantidad de ingreso que recibo cada mes de **OTRAS FUENTES**.

= $_____ es mi ingreso **TOTAL** cada mes.

❺ Mis bienes incluyen:

El valor* total de mi propiedad se describe a continuación:

** El valor es la cantidad por la que el bien/propiedad se vendería menos la cantidad que aún se debe (si debe algún balance)*

	Valor*
Efectivo	$
Cuentas bancarias, bienes	$
	$
Vehículos *(eje: carro, barco)* ***(año, marca, modelo)***	
	$
	$
	$
Bienes inmuebles ***(eje: casa, terreno)***	
	$
	$
Otros bienes ***(joyas, acciones)***:	
	$
	$
	$
	$
	$
Valor total de los bienes =	$

❻ Mis deudas incluyen:

	Cantidad adeudada
	$
	$
	$
	$

❼ Mis gastos mensuales son:

	Cantidad
Pagos de Renta/hipoteca, mantenimiento	$
Comida, suministros del hogar	$
Servicios públicos, teléfono, celular	$
Ropa, lavandería	$
Gastos Médicos/dentales	$
Aseguranza ***(eje: vida, salud, auto)***	$
Cuidado escolar o infantil	$
Pagos vehiculares	$
Gasolina, pasaje de autobús, reparación de auto	$
Manutención de niños o apoyo conyugal	$
Salario retenido por una orden judicial	$
Pagos de deudas	$
Otros gastos:	$
El total de los gastos mensuales =	$

❽*Para enumerar cualquier otro hecho que desea que el Tribunal conozca (eje. Gastos médicos inusuales, emergencias familiares), agregue otra hoja a este formulario y titúlela "Exhibit: Additional Supporting Facts." Seleccione está casilla si incluyo otra hoja.*→ ☐

DECLARACIÓN EN LUGAR DE UNA DECLARACIÓN JURADA

(Texas CPRC 132.001)

Mi nombre es: _____ Mi fecha de nacimiento es: _____

Mi dirección es: _____

Mi correo electrónico: _____

Si es un recluso: Mi número de identificación de recluso es _____ Estoy recluido en: _____
Nombre del reclusorio y dirección

Declaro bajo <u>pena de perjurio</u> que toda la información en esta *Declaración de Indigencia y Solicitud Para Recibir un Abogado Asignado por el Tribunal* está dentro mi conocimiento personal y es verdadera y correcta.

Completado y formalmente firmado el _____ en _____ Condado _____
(fecha) *Nombre del condado* *Estado*

▶ _____
Firma

(For Court Use Only) Date: _____
☐ Qualifies for court-appointed attorney.
☐ Does NOT qualify for court-appointed attorney.