EN LOS TRIBUNALES DEL CIRCUITO/CONDADO DEL DECIMOQUINTO CIRCUITO JUDICIAL EN Y PARA EL CONDADO DE PALM BEACH, FLORIDA

ESTADO DE LA FLORIDA vs.

CASO NO. _____

'Acusado/Menor de Edad

SOLICITUD PARA CALIFICAR PARA ESTADO DE INDIGENCIA EN CASOS PENALES

____ ESTOY SOLICITANDO QUE SE ME ASIGNE UN ABOGADO DEFENSOR PUBLICO
O
____ TENGO ABOGADO PRIVADO O ME REPRESENTO A MI MISMO Y SOLICITO QUE ME DETERMINEN INDIGENTE PARA PROPOSITO DE COSTOS

Notificación al solicitante: El suministro de un abogado defensor público/abogado asignado por un Juez y sus costos/costos de procesamiento no son gratis. Un dictamen y gravamen pueden ser impuestos sobre cualquier propiedad real o personal que le pertenezca, para pagar por servicios legales y otros servicios prestados en su beneficio o en beneficio de la persona para quien usted llena esta solicitud. Cada solicitud tiene un costo de registro de $50. Si usted no paga el costo de esta solicitud en la Oficina de Secretarios de Tribunales en un periodo de siete (7) días, dicha cantidad se sumará a cualquier costo que se le imponga al final de este caso. Si usted es el padre/custodio que completa este formulario financiero en beneficio de un menor o de un adulto declarado dependiente en su declaración de renta, la información contenida en esta aplicación deberá incluir sus ingresos y activos.

1. **Tengo _____ dependientes.** *(No incluya niños que no vivan en su domicilio y no incluya a su cónyuge si trabaja o a usted mismo.)*
2. Mis ingresos netos son de $_____ por (__) semana (__) cada dos semanas (__) semi-mensual (__) mes (__) año
   *(Ingresos netos provenientes de salario, sueldo, bonos, comisiones, subsidios, sobre tiempo, propinas y pagos similares, **menos** deducciones requeridas por ley y otros pagos de pensión alimenticia/manutención ordenados por un juez)*
3. **Tengo otros ingresos** recibidos (__) semanalmente (__) cada dos semanas (__) semi-mensuales (__) mensuales (__) anuales: (Ponga un círculo en el "Si" y ponga la cantidad, si es que tiene este tipo de ingresos, de otra manera ponga un círculo en el "No")

Beneficios del Seguro Social…	Si	$_____	No	Beneficios de Veteranos……	Si	$_____	No
Compensación por Desempleo…	Si	$_____	No	Manutención de menores o			
Fondos de Sindicatos……..	Si	$_____	No	manutención de familiar/cónyuge	Si	$_____	No
Compensación de Trabajadores..	Si	$_____	No	Ingreso de Renta …..……..	Si	$_____	No
Retiros/pensiones……	Si	$_____	No	Dividendos o intereses……..	Si	$_____	No
Fideicomisos o regalos……	Si	$_____	No	Otros ingresos no incluidos en la lista	Si	$_____	No

4. **Tengo otros activos:** *(Ponga un círculo en "si" y ponga el valor de la propiedad, de lo contrario ponga el círculo en el "No")*

Dinero en Efectivo……..	Si	$_____	No	Ahorros……	Si	$_____	No
Cuentas bancarias……..	Si	$_____	No	Acciones/bonos……	Si	$_____	No
				*Capital abonado a propiedades			
Certificados de depósito o cuentas				(excluyendo exención de impuesto			
de mercados financieros	Si	$_____	No	de residencia principal "homestead")	Si	$_____	No
*Capital abonado a Vehículos/Botes							
Otras propiedades tangibles	Si	$_____	No	*Incluya lo que espera recibir de dicha propiedad			

5. Tengo una cantidad total de responsabilidades financieras y deudas de $_____.
6. **Recibo:** *(Ponga un Círculo sobre "Si" o "No")*
   Asistencia Temporal para Familias Necesitadas-Ayuda en Dinero en Efectivo…… Si No
   Beneficios para pobres – Veteranos de Guerras…… Si No
   Ingresos de Seguro Social Suplementario (SSI) …… Si No
7. **Estoy en libertad bajo fianza de $_____. Efectivo ____ Fiador ____ Aportada por: Usted mismo _____ Familiar_____ Otro _____**

Una persona que, a sabiendas, de información falsa a los Secretarios de Tribunales para su determinación de estado de indigencia bajo la ley 27.52, F.S., comete un delito menor de primer grado, castigable bajo dictamen de ley 775.082 o 775.083, F.S. **Juro que la información que he dado para esta Solicitud es exacta y verdadera, según mi leal saber y entender.**

Firmado el _____ día de _____, 20____.

_____
Firma de la persona que solicita calificación de estado de indigencia

Fecha de Nacimiento _____

Número de Licencia de Conducir/Identificación _____

Nombre Completo Legal _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de Teléfono _____

DECISION DEL SECRETARIO DE TRIBUNALES (CLERK)

_____Basado en la información de esta Solicitud, determine que esta persona es (___) **Indigente** (___) **No Indigente**.

_____El Defensor Público queda, por lo tanto, asignado al caso cuyo número aparece al principio de este formulario hasta decisión contraria del Juez.

Fechado este _____ día de _____, 20____.

_____
Secretario del Tribunal del Circuito

Este formulario se completó con la asistencia de

_____
Secretario/Secretario Auxiliar/Otra Persona autorizada

EL/LA SOLICITANTE NO ES INDIGENTE Y PUEDE PEDIR QUE LA DECISION SE REVISE, PIDIENDO UNA AUDIENCIA. Firme a continuación si quiere que un Juez revise la decisión del Secretario de Tribunales que lo encontró No Indigente._____