

## DIVULGACIÓN DE ESTADO FINANCIERO

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

### I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del solicitante		Nombre preferido del solicitante		Fecha de nacimiento
Dirección postal			Ciudad	
Estado	Código postal	Caso No.	Teléfono ( ) -	Teléfono celular ( ) -
Ultimos 4 dígitos SS	Género	Raza (hacer doble clic para anular la selección)		
		Indígena americano o nativo de Alaska	Asiático	Blanco
		Indígena de Hawái o Isleño del Pacífico	Negro o Afro Americano	Hispano o latino
			Otro	

### 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. Por favor coloque una 'X'.

Ohio Works First / TANF (Ayuda federal para familias necesitadas): \_\_\_\_ SSI (Ingreso suplementario de seguridad): \_\_\_\_ Medicaid: \_\_\_\_

SSD (Discapacidad del Seguro Social): \_\_\_\_ 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: \_\_\_\_

Other (favor de describir): \_\_\_\_\_ Menor de edad: \_\_\_\_ *(en caso de ser menor de edad, favor de pasar a la Sección VIII)*

### IV. INGRESOS Y EMPLEADOR

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

### V. ACTIVOS LÍQUIDOS

Tipo de Activo	Valor Estimado
Cuentas de cheques, ahorros, o de mercado monetario	\$
Acciones, bonos, certificados de depósito	\$
Otros activos líquidos o efectivo en caja	\$
<b>Total en Activos Líquidos</b>	\$

### VI. GASTOS MENSUALES

Tipo de Gasto	Cantidad	Tipo de Gasto	Cantidad
Pago de pension alimenticia	\$	Teléfono	\$
Cuidado infantil (solo si usted trabaja)	\$	Transportación / 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 <i>(gas, luz, agua/alcantarillado, basura)</i>	\$
Alimentos	\$	Otros (especificar)	\$
<b>GASTOS</b>	\$	<b>GASTOS</b>	\$

### 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. A 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 VI, se deberá designar a un asesor legal.

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

Al presentar 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 le es cobrada, esta debe ser pagada dentro de siete (7) días de la presentación 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 inhabilidad de pagar esta cuota.

### IX. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo, \_\_\_\_\_ (solicitante o menor delincuente) declaro:

1. No tengo los medios económicos para contratar a un asesor legal sin que resulte en una carga considerable para mi 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 con esta solicitud para representación legal, conforme a las secciones 120.05 y 2921.13 del Código Modificado 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

\_\_\_\_\_  
Fecha

### 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 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 DESIGNACION DE UN ASESOR

	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
Ingreso por empleo (Bruto)	\$ _____	\$ _____
Desempleo, indemnización laboral, pensión alimenticia, otros tipos de ingresos	\$ _____	\$ _____
	<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$ _____</b>

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