

## Spanish CAAT Application

ENCARCELADO Sí ☐ No ☐ Detención de ICE (inmigración) Sí ☐ No ☐ Ciudadanía: Sí ☐ No ☐ Idioma principal \_\_\_\_\_  
 Veterano Sí ☐ No ☐ Recibe servicios de salud mental Sí ☐ No ☐ Menor de 17 años y bajo custodia de Servicio Social de Menores? Sí ☐ No ☐

### DECLARACIÓN JURADA EN APOYO DE UN ABOGADO DESIGNADO POR EL TRIBUNAL

Responda todas las preguntas por completo. Si la pregunta no se aplica a usted, coloque un N/A en el espacio en blanco. Las solicitudes incompletas serán **DENEGADAS**. Si necesita ayuda, notifique a la persona encargada de tomar esta solicitud. Para determinar la indigencia, **DEBE** proporcionar documentos de respaldo (recibo de sueldo, prueba de asistencia del gobierno y otra documentación de respaldo en su primera comparecencia ante el tribunal). No se determinará un hallazgo de indigencia sin documentación de respaldo.

| Ofensa | Fecha de la ofensa | Fecha de arresto | Condado donde el caso está pendiente | Orden de Arresto/Causa # |
|--------|--------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|        |                    |                  |                                      |                          |
|        |                    |                  |                                      |                          |
|        |                    |                  |                                      |                          |
|        |                    |                  |                                      |                          |

#### Información personal:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_  
 Dirección para correspondencia: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa No. \_\_\_\_\_ Teléfono celular No. \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Información de empleo:

Empleador: \_\_\_\_\_ Tarifa por hora: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene amigos o familiares a los que puede pedir dinero prestado para un abogado dentro de los próximos 60 días? Sí ☐ No ☐  
 ¿Posee alguna propiedad que pueda vender o usar como garantía? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, valor aproximado: \$ \_\_\_\_\_  
 Si está desempleado, explique cómo paga las necesidades básicas. \_\_\_\_\_  
 Si es mantenido por la familia, proporcione la información de ingresos familiares a continuación: \_\_\_\_\_

#### Tamaño de la unidad familiar (miembros de la familia inmediata a los que tiene la obligación legal de apoyar económicamente).

| Nombre | Edad | Relación | Empleador<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tarifa por hora | Horas por semana |
|--------|------|----------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
|        |      |          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |                 |                  |
|        |      |          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |                 |                  |
|        |      |          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |                 |                  |
|        |      |          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |                 |                  |
|        |      |          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |                 |                  |

| INGRESOS MENSUALES       | CANTIDAD | EXPENSAS                     | CANTIDAD | ACTIVO                                | VALOR |
|--------------------------|----------|------------------------------|----------|---------------------------------------|-------|
| Tu salario               |          | Alquiler/Hipoteca            |          | Efectivo disponible                   |       |
| Salario del cónyuge      |          | Pago del coche / Combustible |          | Acciones, Bonos, Inversiones          |       |
| TANF/AFDC                |          | Seguro                       |          | Cuenta de Ahorros/Cuenta de Cheques   |       |
| SSI                      |          | Utilidades                   |          | Ganado                                |       |
| SSDI                     |          | Gastos Médicos               |          | Cuentas de jubilación                 |       |
| Medicaid                 |          | Tarjetas de crédito          |          | Joyas, Armas de fuego, Coleccionables |       |
| Manutención de los hijos |          | Manutención de los hijos     |          | Crédito disponible                    |       |
| Otros ingresos           |          | Obligaciones judiciales      |          | Seguro de Vida Entera                 |       |
| <b>EXPENSAS</b>          |          | Matrícula escolar            |          | Bien inmueble                         |       |
| Teléfono                 |          | Alcohol/Cigarrillos          |          | Vehículo                              |       |
| Ropa                     |          | Comida                       |          | Otro                                  |       |

Se me ha informado de mi derecho a ser representado por los cargos pendientes en mi contra. Certifico que no puedo contratar a un abogado de mi propia elección y por la presente solicito al tribunal que me designe un abogado. Juro que la información anterior es verdadera y correcta. La información que enumeré es precisa y notificaré inmediatamente al tribunal, por escrito, de cualquier cambio en mi situación financiera. **TODA LA INFORMACIÓN ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN. LA FALSIFICACIÓN DE INFORMACIÓN ES UN DELITO PENAL.**

Firma del demandado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Recibido por el Adjunto/Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

☐ El acusado declaró que quería solicitar un abogado de oficio. Sin embargo, el demandado ☐ se negó a completar la solicitud ☐ No pudo completar la solicitud debido a ☐ Idioma ☐ Otro: Explique \_\_\_\_\_