



**SOLICITUD DE SERVICIOS DE DEFENSA INDIGENTES
CASOS CRIMINALES**

ND COMISION DE CONSEJO LEGAL PARA INDIGENAS
SFN 59348 (10/2017)

TARIFA REQUERIDA: Tiene que pagar una tarifa de \$35 con esta aplicación. El Tribunal puede renunciar o reducir la tarifa si no lo puede pagar. Si no se renuncia la tarifa y Ud. no la paga, la cantidad se agregará a los costos a los que se le ordene reembolsar al finalizar su caso.

NOTICIA: Ud. puede ser requerido enviar verificación de sus Ingresos Brutos. Esta verificación incluye uno de lo siguiente:

1) recibo de pago más reciente que refleja los salarios actuales, o 2) el formulario W-2 mas reciente, o 3) la declaración de impuestos más reciente o 4) declaración escrita del Empleador. Tiene que contestar todas preguntas o la solicitud será denegada, respuestas con ceros o barras no son aceptables.

Sección A- Información Personal

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Alias
Su domicilio			Número de apartamento o unidad
Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección postal (si es diferente)
Número (s) de teléfono - Donde puede ser contactado			Dirección de correo electrónico
Número (s) de caso (s)			carga (s)
Alguna vez ha tenido un abogado designado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo, ¿quién?
¿está actualmente en la cárcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si no, ¿cuánto pagó por su fianza?

¿Recibe Ud. personalmente alguno del los siguientes beneficios del gobierno?

TANF: Sí No

Asistencia Médico para Ancianos: Sí No

Ingreso Suplementario de Seguridad : Sí No

Si respondió que sí a recibir TANF, Ingreso Suplementario de Seguridad, o Asistencia Médica para Ancianos, y ha adjuntado documentación que reciba personalmente dichos beneficios, omite secciones B, C, D, E, F, G y ve a sección H. Si no ha adjuntado documentación que muestra que Ud. personalmente recibe dichos beneficios, o si contestó no a recibir, Ingreso de Seguridad Suplementario, o Asistencia Médica, completa la aplicación completa para que se determine su elegibilidad para servicios de defensa para indigentes.

Sección B- Información del Trabajo

Miembro del Hogar (nombre)	Empleador (Nombre, Posición, # de teléfono del supervisor)	Horas Trabajadas Por Semana	Salario por Hora	Salario Mensual Bruto
Solicitante				
Esposo (a) del Solicitante				

Si está desempleado, ¿qué tipo de trabajo hace y cuándo espera regresar al trabajo?



**SOLICITUD DE SERVICIOS DE DEFENSA INDIGENTES
CASOS CRIMINALES**

ND COMISION DE CONSEJO LEGAL PARA INDIGENAS
SFN 59348 (10/2017)

Si el ingreso es diferente de lo que ha sido en los últimos 12 meses, describa por qué:

EMPLEO MÁS RECIENTE (LISTA DE TODOS LOS EMPLEADORES PARA LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS)

Empleador	Fechas de empleo	Ingreso Mensual antes de Impuestos

Sección C - Otro Dinero Recibido

La siguiente es una lista de varios tipos de otro dinero recibido. Marque sí por cada ingreso no devengado u otro dinero recibido por usted o su cónyuge. Marque no si no lo recibió

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ganancias de Bingo/Apuestas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero de amigos, parientes u otros
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención infantil o del cónyuge	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero de la herencia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Venta por contrato o ingresos de renta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Petroleo/minerales (gas, carbon, grava) derechos/regalías
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos de CRP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pensión/Retiro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso recibido de alquiler/huesped	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios del ferrocarril
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acuerdo de seguro/demanda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingresos por intereses/dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Desempleo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Veteranos/Militares
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero depositado en una cuenta bancaria de un individuo que no figura en su declaración de impuestos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros (por favor especifique) _____

Para todos los elementos anteriores marcados "sí", complete los cuadros a continuación (si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional):

Tipo de otro dinero recibido	Miembro del hogar	Cuantas veces recibido	Cantidad este mes	Cantidad el próximo mes

¿Hay otra persona aparte de Ud o su esposa/o que deposita dinero en tu cuenta del banco? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿Han solicitado usted o su cónyuge beneficios que aún no han recibido? (como Seguridad Social, Compensación Laboral, Laboral, Beneficios Veteranos/Militares etc.?) Sí No

En caso afirmativo, explique:



**SOLICITUD DE SERVICIOS DE DEFENSA INDIGENTES
CASOS CRIMINALES**

ND COMISION DE CONSEJO LEGAL PARA INDIGENAS
SFN 59348 (10/2017)

--

Sección D - Bienes

Lo siguiente es una lista de bienes. Marque sí para cada bien que Ud o su cónyuge poseen o están comprando. Marque no si no poseen ni están comprando.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualidades/Cuentas del Mercado Monetario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herencias/Fideicomisos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Activos poseídos con otra persona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Arrendamiento de vida
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuentas comerciales / Inventarios comerciales / Equipos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derechos Mineros (Petroleo, Gas, Grava, Carbón, etc.)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dinero Disponible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Notas o contrato por escritura
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Certificados de depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bienes inmuebles (tierra, propiedad para rentar, edificios etc.)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuentas de cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fondos de retiro (IRA/KEOGH/401K)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuenta de tarjeta de débito (No de cheques/ahorros)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caja de Seguridad
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Equipo de granja, Ganado, Grano Almacenado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bonos de ahorro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Casa/Casa Móvil/Otra Residencia (No ocupado por el dueño)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones/Bonos/Fondos de Inversión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Casa/Casa Móvil /Otra Residencia (Ocupado por el dueño)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuentas de ahorro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herramientas de Producción de Ingresos/Equipo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros (por favor especifica) _____

Por todos marcados "sí" arriba, llena los cuadros abajo. Si necesita más espacio use otra hoja adicional.

Tipo de activo	Ubicación/descripción	Valor total	Cantidad Debido	Propietarios

Sección E-Vehículos ¿Cuántos tiene? _____

Haga lista de los vehículos (coche, camión, casa rodante, motonieve, motocicleta, tres ruedas , cuatro ruedas, barco, u otro moto acuática, other watercraft, camper, trailer, etc.) que tiene, Ud. solo o con otra persona, o siendo comprador para si mismo o su esposo, being purchased for yourself and/or spouse, incluso que un vehículo que no sirve o no en posesión suyo. (Si necesita mas espacio usa otra hoja.)

Marca/Modelo	Año	Valor	Cantidad Debido



SOLICITUD DE SERVICIOS DE DEFENSA INDIGENTES CASOS CRIMINALES

ND COMISION DE CONSEJO LEGAL PARA INDIGENAS
SFN 59348 (10/2017)

¿Espera cambios en los activos en el mes que viene? Sí No Si respondió "sí", explica.

Sección F Personas en su Casa

Haga una lista del número total de personas en su casa para quien Ud. tiene responsabilidad financiera (solo aquellos listados en su declaración de impuestos). Para personas menores bajo la edad de 18 años solo usa iniciales.

Nombre o Iniciales	Relación	Edad

¿Está ordenado por la corte pagar manutención infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Para quién? (solo usa iniciales)
Si marcó sí, la cantidad de dinero ordenado por mes _____.	La cantidad pagado por mes en realidad _____.

Sección G- Consideraciones Financieras Extraordinarias

Hay algunas consideraciones extraordinarias que le impedirían contratar a un abogado privado

Sí No Si marcó sí, explique por favor.

Sección H- Reconocimiento

He contestado todas las preguntas honestamente según lo que entendí y estoy solicitando que se nombre un abogado para que me represente. Entiendo que la información proporcionada en este formulario no es confidencial. También entiendo que si he suministrado información falsa en la solicitud, **esto puede llevar a enjuiciamiento penal y convicción.**

Si un abogado es nombrado por mí, entiendo que tengo la responsabilidad continua de informar al corte de cualquier cambios en mi situación financiera, mi estatus de empleo o el número de personas en mi casa. Entiendo que incluso si me consideran elegible que se me paguen los costos de un abogado y gastos relacionados en este momento, es posible que se me requiera pagar los honorarios del abogado y los gastos relacionados al Estado en un momento posterior. Entiendo que al firmar esta solicitud yo autorizo una investigación sobre mis ingresos, bienes y beneficios, y esta solicitud servirá como una publicación de información a cualquier fuente que pueda tener dicha información, incluida, entre otras, información de reclamaciones de Workforce Safety and Insurance (Seguridad y Seguros de Workforce).

Fecha: _____ Firma: _____

Las preguntas siguientes son opcionales (no tiene que contestarlas si no quiere hacerlo.)

Indica por favor su raza/etnicidad:

Sirvió/sirve en las fuerzas armadas? Sí No



**SOLICITUD DE SERVICIOS DE DEFENSA INDIGENTES
CASOS CRIMINALES**

ND COMISION DE CONSEJO LEGAL PARA INDIGENAS
SFN 59348 (10/2017)

PARA USO EXCLUSIVO EN EL TRIBUNAL

Tasa de Solicitud: Pagado Reducido a \$ _____ Eximida Aduedada

Al solicitante es encontrado ser:

- No elegible para servicios de defensa para indigentes porque -
 - Este no es el tipo de asunto para cual estos servicios están autorizados (como, por ejemplo, cuando el caso está cerrado y nada está actualmente pendiente ante el Tribunal.)
 - Solicitud incompleta.
 - Otro _____
- No indigente. Se niega el servicio de defensa designado.
- Indigente. El abogado será provisto por el ND Commission on Legal Counsel for Indigents (North Dakota Comisión Sobre Consejo Legal Para Indigentes). El Tribunal por el presente informa al solicitante de la posible obligación del solicitante de reembolsar a la Comisión los montos gastados en nombre de solicitante.

Fecha: _____
Juez del Tribunal de Distrito o su designado