|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE REGISTRO DEL MENOR DE EDAD** | | |
| PID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JV# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nombre del Menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Delito Imputado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Clasificación del Delito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Se solicita Abogado Bilingüe Sí No  Idioma: | | El Menor está en Detención:  Sí  No |
| El Menor vive con: Los Padres La Madre El Padre Tutor Judicial Otra Persona Adulta Hogar de Acogida | | |
| ***Esta sección será llenada por el Padre, la Madre, o el Tutor Judicial del Menor  o en presencia de uno de ellos*** | | |
| Yo deseo contratar a un abogado para el menor.  Yo he llenado la Declaración Jurada Escrita de Indigencia que se anexa con el fin de calificar para que se le   asigne un abogado de oficio al menor.  Si conforme al documento presentado yo no califico, solicito una audiencia ante el Juez para presentar   pruebas de mi incapacidad económica para contratar a un abogado que represente al Menor a mi cargo. | | |
| El día de hoy \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, se me ha informado que el menor a mi cargo debe ser representado por un abogado, conforme lo dispone el Artículo 51.10 del Código Familiar de Texas. Se me ha hecho saber que es posible se asigne un abogado de oficio para representar al menor a mi cargo, si es que califico dentro de los índices de indigencia establecidos bajo los Lineamientos de la Junta de Menores. Yo comprendo, además, que si no califico dentro de los índices de indigencia, seré entonces responsable de contratar a un abogado para que represente al menor a mi cargo. | | |
| Yo comprendo que esta declaración jurada escrita se hace bajo juramento y formará parte de un procedimiento oficial, y que es un delito penal el que yo declare falsamente tanto en este formulario como en el cuestionario financiero. Al firmar este documento, yo juro que la información que he proporcionado en el mismo es exacta, correcta y verdadera, y que notificaré de inmediato al tribunal de cualquier cambio en mi situación financiera. Me es imposible contratar a un abogado y solicito se asigne un abogado de oficio para que represente al Menor a mi cargo. | | |
|  | | |
| FIRMA | NOMBRE (en letra de molde) | |
| Domicilio: | Teléfono en casa: | |
|  | Teléfono en el trabajo: | |
| Ciudad / Estado / Código Postal | (Código Telefónico) Número | |
| JURAMENTADO Y FIRMADO ante mí, la autoridad que suscribe, el día de hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del 20\_\_\_\_\_\_.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del Secretario del Tribunal/Fedatario Fecha** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Esta sección será llenada solo por el personal de la Oficina***  **DECLARACIÓN JURADA ESCRITA DE INDIGENCIA DEL MENOR DE EDAD** | |
| El Estado de Texas  vs.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunal de Condado  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tribunal de Distrito |
| Delito: | ¿Se requiere de un intérprete? **☐ Sí ☐ No**  En caso afirmativo, indique el idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Delito: |
| El Menor actualmente en: ☐ Institución Penitenciaria ☐ Institución de Salud Mental | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Esta sección será llenada por el Padre, la Madre, o el Tutor Judicial del Menor***  ***o en presencia de uno de ellos*** | | | | | | | | |
| **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Nombre de Pila Inicial del Segundo nombre Apellido** | | | | | | | | |
| **Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **Calle Núm. de Depto. Ciudad Estado Código Postal** | | | | | | | | |
| **Números telefónicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **Casa Móvil Trabajo Otro miembro de la familia** | | | | | | | | |
| **Marque si usted recibe alguno de**  **los siguientes servicios o beneficios:**  **☐ Medicaid ☐ SSI ☐ SNAP ☐ TANF ☐ Asistencia de Vivienda** | | | | | | | | |
| **¿Está usted trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿En dónde trabaja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿En qué trabaja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **Horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo que lleva trabajando ahí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)** | | | | | | | | |
| **Nombre de su cónyuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **Nombre de Pila Inicial del Segundo nombre Apellido** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nombres de los Menor(es) que dependen de usted**  **(de 0 a 18 años de edad)** | | | **Edad** | **Nombres de los Menor(es) que dependen de usted**  **(de 0 a 18 años de edad)** | | | | **Edad** |
|  | | |  |  | | | |  |
|  | | |  |  | | | |  |
| **INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR** | | | | | | | | |
| **Hogar alquilado: Sí / No** | **Hogar propio: Sí / No** | | | **Vivo en el hogar de otros familiares: Sí / No** | | **Sin hogar:**  **Sí / No** | | |
|  | | | | | | | | |
| **INGRESOS MENSUALES Y BIENES** | | | | **GASTOS MENSUALES** | | | | |
| **Mis ingresos después de impuestos** | | **$** | | **Pago de Alquiler o de Hipoteca** | | | **$** | |
| **Ingresos después de impuestos de mi cónyuge** | | **$** | | **Servicios públicos (Luz, Gas, Agua)** | | | **$** | |
| **Manutención de Menores**  **(Recibida)** | | **$** | | **Total de gastos en los menores (Incluya pagos de**  **Manutención de Menores hechos por usted)** | | | **$** | |
| **Cupones alimenticios** | | **$** | | **Total de Gastos en Alimentos** | | | **$** | |
| **Seguro Social / Discapacitación** | | **$** | | **Gastos de Transporte** | | | **$** | |
| **Otros Ingresos del Gobierno** | | **$** | | **Teléfono móvil o de la casa** | | | **$** | |
| **Otros Ingresos** | | **$** | | **Cuotas de Vigilancia de su libertad a prueba** | | | **$** | |
| **Bienes (auto, casa, etc.)** | | **$** | | **Gastos Médicos / Seguro Médico** | | | **$** | |
| **TOTAL MENSUAL DE INGRESOS**  **Y BIENES** | | **$** | | **Pago Mínimo Mensual de Tarjetas de Crédito** | | | **$** | |
|  | |  | | **TOTAL MENSUAL DE GASTOS** | | | **$** | |