

EN EL TRIBUNAL DEL CIRCUITO/CONDADO DEL PRIMER CIRCUITO  
JUDICIAL EN Y PARA EL CONDADO WALTON FLORIDA

ESTADO DE FLORIDA vs.

NO. DE CAUSA: \_\_\_\_\_

Acusado/Demandado

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA PARA CASOS PENALES**

- SOLICITO LA DESIGNACIÓN DE UN DEFENSOR PÚBLICO/ABOGADO DE OFICIO O
- TENGO ABOGADO PARTICULAR O ME AUTOREPRESENTO Y SOLICITO UNA DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA CON RESPECTO A LAS TASAS JUDICIALES

Una persona que con conocimiento le proporciona información falsa a la Secretaría del Tribunal solicitando determinación de indigencia bajo la ley s.27.52, F.S comete un delito menor de primer grado, sancionable con hasta 1 año de cárcel o hasta \$1,000 en multas, como esta provisto bajo la ley s.775.082. F.S. o s. 775.083, F.S. **Doyle fe que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.**

Firmado el

Firma del Solicitante de determinación de Indigencia

Año de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos 4 números de Licencia de conducción o Identificación: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Aviso al Solicitante:** Hay un costo de \$50.00 por cada solicitud que sea radicada. El Defensor Público/Abogado asignado y costos/Servicios de debido proceso no son gratuitos y gravámenes pueden ser impuestos sobre toda propiedad de la cual usted sea el dueño. Si usted es el padre/tutor solicitando este affidavit a nombre de un menor o un adulto a su cargo, la información contenida en esta solicitud debe incluir sus ingresos y bienes.

**1. Tengo \_\_\_\_\_ personas a mi cargo.** (No incluya hijos que no residen con usted o a su cónyuge que trabaja o a usted mismo.)

**2. Ingreso un sueldo neto de \$\_\_\_\_\_ pagado**  semanalmente  quincenalmente  semi-mensual  mensual  anual  otro \_\_\_\_  
Incluya pagos en efectivo. El ingreso neto es el salario y sueldos menos las deducciones obligatorias por ley, incluyendo las pensiones alimenticias impuestas por un tribunal.

**3. Tengo otros ingresos**  semanalmente  quincenalmente  semi-mensual  mensual  anual  otro \_\_\_\_.

(Marque "Sí" y llene el monto si tiene este tipo de ingreso, de otra manera marque "No".)

Beneficios de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Indemnización laboral _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Cesantías
(Desempleo) _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Apoyo económico de	
Pagos de Sindicato _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Miembros de la familia ausentes _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pensiones/Jubilaciones _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Ingreso de arrendamientos _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Fondo
Fiduciario _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Dividendos o intereses _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Beneficios de
Veteranos _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Otros ingresos no enumerados <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	

Entiendo que se me va a requerir hacer pagos por los costos a la secretaria de acuerdo con §57.082(5), Leyes de Florida, como esta provisto por ley,  aunque yo pudiera elegir pagar más si así lo decido.

**4. Tengo otros bienes:** (Marque "Sí" y llene el valor de la propiedad, de otra manera marque "No")

Efectivo _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Cuentas bancarias/Cuentas de ahorros _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No
Carro/vehículo motorizado* _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Acciones/Bonos/Certificados de Depósito _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No
mercado monetario _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Propiedad ocupadas _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No
propiedad tangible * _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No	Propiedades no ocupadas* _____ <input type="checkbox"/> Sí \$ _____ <input type="checkbox"/> No

\* Indique los prestamos sobre estos bienes en párrafo 5 Otros bienes\* \_\_\_\_\_  Sí \$ \_\_\_\_\_  No

**Marque uno:** Yo  SÍ/  NO espero recibir más bienes en un futuro cercano. El bien/los bienes y su/sus valores/valores es/son: \_\_\_\_

**5. Tengo responsabilidades y deudas por la cantidad de \$\_. Tengo saldos de préstamos sobre los bienes listados en párrafo 4:**

Carro/ Vehículo Motorizado \$; Propiedad ocupada \$; Propiedades no ocupadas \$; Bote\$ \_\_\_\_\_

Otras propiedades tangibles (identifíquelas aquí) \_\_\_\_\_ y saldo del préstamo \$ \_\_\_\_\_

**6. Recibo:** (Marque todos los pagos recibidos que apliquen.)

Asistencia temporal para familias necesitadas – Asistencia en efectivo  Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI)  Beneficios para Veteranos relacionados a la pobreza

**7. He sido puesto en libertad bajo fianza por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_.**  Efectivo  Bono de fianza **Pagado por:**  Yo mismo  Familia  Otro

**CLERK DETERMINATION**

\_\_\_\_\_ Based on the information in this Application, I have determined the applicant to be ( ) Indigent ( ) Not Indigent

\_\_\_\_\_ The Public Defender is hereby appointed to the case listed above until relieved by the Court.

Dated on \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Deputy Clerk for \_\_\_\_\_, Clerk of Courts

**LOS SOLICITANTES QUE NO SON INDIGENTES PUEDEN SOLICITAR UNA REVISIÓN SOLICITANDO UN TIEMPO DE AUDIENCIA.**

**Firme aquí si desea que el juez revise la decisión del secretario si no es indigente:** \_\_\_\_\_