

# FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

(Es posible que se aplique una tarifa de solicitud de \$25.00; consulte el aviso en el reverso)

## I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre legal del solicitante		Nombre y pronombre preferido del solicitante		Fecha de nacimiento	
Dirección postal			Ciudad		Dirección de correo electrónico
Estado	Código postal	Caso n.º		Teléfono	Teléfono celular
Últimos 4 números del SSN	Sexo	Raza <input type="checkbox"/> Indoamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Español o latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro			

## II. OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
1)			3)		
2)			4)		

## III. ELEGIBILIDAD PRESUNTA

La designación de asesoramiento legal se presume si la persona representada cumple alguno de los requisitos que figuran a continuación. Marque la casilla:

Ohio Works First/TANF: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_\_ SSD: \_\_\_\_\_ Medicaid: \_\_\_\_\_ Beneficios para veteranos relacionados con la pobreza: \_\_\_\_\_ Cupones de alimentos: \_\_\_\_\_

Beneficios de asentamiento para refugiados: \_\_\_\_\_ Encarcelado en una penitenciaría estatal: \_\_\_\_\_ Internado en un centro público de salud mental: \_\_\_\_\_

Otro (describa): \_\_\_\_\_ Menor de edad: \_\_\_\_\_ *(Si es menor de edad, continúe en la Sección VIII)*

## IV. INGRESOS Y EMPLEADOR

	Solicitante	Cónyuge (no incluye los ingresos del cónyuge si el cónyuge es la presunta víctima)	Ingresos totales
Ingresos brutos mensuales del empleo	\$	\$	\$
Desempleo, compensación laboral, manutención de los hijos, otros tipos de ingresos	\$	\$	\$
<b>INGRESOS TOTALES</b>			\$

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

## V. ACTIVOS LÍQUIDOS

Tipo de activo	Valor estimado
Cuentas corrientes, de ahorros, de mercado monetario	\$
Acciones, bonos, certificados de depósito	\$
Otros activos líquidos o efectivo disponible	\$
<b>ACTIVOS LÍQUIDOS TOTALES</b>	\$ 0.00

## VI. GASTOS MENSUALES

Tipo de gasto	Monto	Tipo de gasto	Monto
Pagos de manutención infantil	\$	Teléfono	\$
Cuidado infantil (solo si trabaja)	\$	Transporte/Combustible	\$
Seguros (médicos, dentales, de automóviles, etc.)	\$	Impuestos retenidos/adeudados	\$
Gastos de salud mental/dental o costos asociados por el cuidado de un familiar enfermo	\$	Tarjeta de crédito/otros préstamos	\$
Alquiler/hipoteca	\$	Servicios (gas, electricidad, agua, alcantarillado, recolección de basuras)	\$
Alimentos	\$	Otro (especifique)	\$
<b>GASTOS</b>	\$	<b>GASTOS</b>	\$

## VII. DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA

Si los Ingresos totales del solicitante en la Sección IV son iguales o inferiores al 187.5 % de las Pautas Federales de Pobreza, se debe designar asesoramiento legal. En el caso de solicitantes cuyos Ingresos totales en la Sección IV sean superiores al 125 % de las Pautas Federales de Pobreza, consulte el aviso de recuperación en la Sección XI. Si los Activos líquidos del solicitante en la Sección V superan las cifras establecidas en la norma OAC 120-1-03, se puede denegar la designación de asesoramiento legal si el solicitante puede contratar a un abogado utilizando esos activos líquidos. Si los Ingresos totales del solicitante se ubican por encima del 187.5 % de las Pautas Federales de Pobreza, pero el solicitante no está financieramente capacitado para contratar a un abogado después de pagar los gastos mensuales en la Sección VI, se debe designar un abogado.

### VIII. AVISO DE TARIFA DE SOLICITUD DE \$25.00

Al presentar este Formulario de divulgación de información financiera, se le cobrará una tarifa de solicitud no reembolsable de \$25.00, a menos que el tribunal lo exima de ella o la reduzca. Si corresponde su pago, la tarifa debe pagarse al secretario del tribunal dentro de los 7 días posteriores a la presentación de este formulario a la entidad que realizará la determinación con respecto a su indigencia. A ningún solicitante se le puede negar un abogado debido a la falta o incapacidad de pagar esta tarifa.

### IX. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

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

- Desde una perspectiva financiera, no puedo contratar a un abogado privado sin que esto signifique que mi familia o yo sufra dificultades sustanciales.
- Comprendo que debo informar al defensor público o al abogado designado si mi situación financiera cambiara antes de la disposición del caso(s) para el cual se me proporciona representación.
- Comprendo que, si el condado o el tribunal determinan que no se tuvo que haber brindado representación legal, es posible que deba reembolsar al condado los costos de la representación proporcionada. Cualquier acción presentada por el condado para cobrar los honorarios legales conforme al presente debe presentarse en un plazo de dos años a partir de la última fecha en que se proporcionó la representación legal.
- Comprendo que estoy sujeto a cargos penales por proporcionar información financiera falsa en relación con esta solicitud de representación legal, de conformidad con las secciones 120.05 y 2921.13 del Código Revisado de Ohio.
- Por la presente certifico que la información que he proporcionado en este formulario de divulgación de información financiera es verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Nombre y cargo de las personas autorizadas que completan el formulario en nombre del solicitante. Información obtenida por teléfono o video.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

### X. CERTIFICACIÓN DEL JUEZ

Por la presente certifico que el solicitante mencionado anteriormente no puede completar y/o firmar esta divulgación de información financiera por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_. He determinado que la parte representada cumple con los criterios para recibir un abogado designado por el tribunal.

\_\_\_\_\_  
Firma del juez

\_\_\_\_\_  
Fecha

### XI. AVISO DE RECUPERACIÓN

La sección 120.03 del ORC. contempla los programas de recuperación del condado. Cualquier programa de este tipo no puede poner en peligro la calidad de la defensa proporcionada ni servir para negar la representación a los solicitantes calificados. No se exigirán pagos, compensaciones ni servicios en especie a un solicitante o cliente cuyos ingresos sean inferiores al 125 % de las Pautas Federales de Pobreza. Consulte la sección 120-1-05 del OAC.

A través de la recuperación, se le puede exigir a un solicitante o cliente que pague parte del costo de los servicios prestados, si se puede esperar razonablemente que dicha persona pague. Consulte la sección 2941.51(D) del ORC.

### XII. INGRESOS DE LOS PADRES DEL MENOR\* - SOLO PARA FINES DE RECUPERACIÓN - NO PARA LA DESIGNACIÓN DE UN ABOGADO

	Ingresos de los padres que tienen la custodia (no incluyen los ingresos de los padres si el padre o pariente es la presunta víctima)	Total
Ingresos por empleo (bruto)	\$	\$
Desempleo, compensación laboral, manutención de los hijos, otros tipos de ingresos	\$	\$
	<b>INGRESOS TOTALES</b>	\$

\*Complete la sección VI de la página 1 de este formulario si desea que el tribunal tenga en cuenta sus gastos mensuales al determinar el monto de la recuperación que se puede esperar razonablemente que pague.