FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE INDIGENCIA

Confidencial [según RCW 10.101.020(3)]

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Cargo: _____ Cit. # _____

Cargo: _____ Cit. # _____

Marque la casilla si recibe alguna de los siguientes tipos de asistencia:

☐ Asistencia Social ☐ Cupones de alimentos ☐ SSI (Beneficios por discapacidad) ☐ Medicaid ☐ Asentamiento de refugiados

☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) ☐ Otros (por favor describa) _____

Si marco alguna de las casillas, deténgase aquí y continue hasta el final del formulario para firmar.

¿Cuántas personas, además de mí mismo, estoy legalmente obligado(a) a mantener? _____

¿Tienes cónyuge o pareja doméstica registrada que vive contigo? ☐ Sí ☐ No

¿Trabaja él/ella? ☐ No ☐ Sí En caso de sí, cuál es el sueldo mensual de ellos? _____

¿Usted y/o su cónyuge o pareja doméstica registrada reciben desempleo, Seguridad Social, una pensión o Compensacion para Trabajadores? ☐ No ☐ Sí Cantidad mensual $ _____

INGRESO MENSUAL ☐ Emplado ☐ Desempleado Nombre del empleador: _____

Ingreso mensual de empleo $ _____

Otras fuentes de ingresos

Fuente: _____ $ _____

Total de ingresos mensuales $ _____

MIS BIENES FAMILIARES

Effectivo disponible	$ _____
Saldo de cuenta correinte	$ _____
Saldo de cuenta de ahorros	$ _____
Auto #1 (menos el préstamo)	$ _____
Auto #2 (menos el préstamo)	$ _____
Vivienda (menos la hipoteca)	$ _____
Acciones, bonos, inversiones	$ _____
Otros: _____	$ _____
TOTAL	$ _____

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

Alquiler/Hipoteca	$ _____
Alimentos/Articulos domesticos	$ _____
Utilidades	$ _____
Teléfono	$ _____
Transportación	$ _____
Manutención infantil	$ _____
Ropa	$ _____
Seguro (automóvil / médico)	$ _____
Multas ordenadas por la corte	$ _____
Otros gastos mensuales	$ _____
TOTAL	$ _____

CALIFICA AUTOMÁTICAMENTE ☐ Sí ☐ No

Entiendo que el tribunal puede solicitar la verificación de la información proporcionada anteriormente. Acepto informar inmediatamente cualquier cambio en mi estado financiero a la corte. Certifico bajo pena de perjurio bajo la ley del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto. (El perjurio es un delito penal – ver Capítulo 9A.72 RCW).

_____ _____

Firma Fecha intérprete

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE DEFENSA PÚBLICA: ☐ Indigente ☐ No indigente ☐ Indigente y capaz de contribuir $ _____

Designado de la Oficina de Defensa Pública _____ Fecha _____