



COLLIN COUNTY

Office of Indigent Defense

2100 Bloomdale Road
Suite 20209
McKinney, Texas 75071
214-491-4824
Fax 972-547-5788
cclIndigentDefense@co.collin.tx.us
Office Hours 8:00 a.m. – 4:00 p.m.
Monday - Friday

Cualquier persona solicitando un abogado(a) tiene que completar el formulario adjunto titulado **DECLARACION JURADA DE INDIGENCIA**. Para evitar cualquier retraso al procesar su aplicación, **TODA** la información pedida debe ser proveída y todas las sections deben ser completadas en su totalidad. (Si usted esta fuera de custodia, no tiene que completar la sección titulada “Aviso Del Derecho a Fianza”)

El formulario completado debe ser sometido por uno de los siguientes modos:

- En persona o por correo a la oficina de Defensa al Indigente a la direccion proveída arriba
- Correo Electrónico: cclIndigentDefense@co.collin.tx.us
- Fax: 972-547-5788

Por favor de contactarnos si tiene alguna pregunta o si necesita asistencia.

All persons requesting court appointed counsel must complete the attached **AFFIDAVIT OF INDIGENCE FORM**. To avoid delays in processing, **ALL** requested information must be provided and all sections of the form completed. (If you are out of custody, you do not need to complete the section titled “Notice of Right to Bail”)

The completed form may be submitted by one of the following methods:

- Deliver in person or by U.S. Mail to the Indigent Defense Office at the above address
- Email: cclIndigentDefense@co.collin.tx.us
- Fax: 972-547-5788

Please contact our office should you have any questions or need assistance.

DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

ESTA SECCIÓN SERÁ LLENADA POR EL(LA) ACUSADO(A) O CON EL(LA) ACUSADO(A)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ / ____ / ____
 Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección _____
 Calle Apto # Ciudad Estado Código postal

Números de teléfono _____
 Casa Celular Trabajo Familiar

Correo electrónico: _____

¿Tiene número de seguro social? Sí No
 (su número de seguro social) _____

Tiene: Medicaid SSI/SSDI Asistencia alimentaria/SNAP TANF CCIHP Vivienda pública

¿TIENE UN EMPLEO?

Sí - ¿Dónde? _____

No - ¿Cuánto tiempo lleva como desempleado(a)? _____
 Semanas/Meses/Años
 (seleccione una respuesta)

Horas a la semana: _____

Monto del salario por hora: \$ _____ O Salario: \$ _____ por semana

¿Por cuánto tiempo ha tenido este empleo? _____

Si no ha tenido este empleo actual por más de dos (2) años, por favor incluya su historial de empleo.

ESTADO CIVIL

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viudo(a) Separado(a)

Nombre de(de la) cónyuge: _____
 (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

No. de seguro social de(de la) cónyuge _____

Nombre de los hijos dependientes (0 a 17 años)	Edad

Lista de lugares donde trabajó antes	Duración del empleo	Ingreso bruto mensual

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿Vivienda propia o rentada?: _____		Vive con su familia: _____		Sin hogar: _____	
INGRESO MENSUAL		GASTOS MENSUALES			
Pago neto que recibe usted	\$	Renta o hipoteca	\$		
Pago neto que recibe el(la) cónyuge	\$	Servicios públicos (electricidad, gas, agua)	\$		
Manutención de menores (recibida)	\$	Total gastos por niños (incluida la manutención de menores pagada)	\$		
SNAP (asistencia alimentaria)	\$	Total gastos por alimentos	\$		
Seguro social/discapacidad	\$	Costos de transporte (pasaje de autobús, público o pago del auto o gasolina)	\$		
Otro cheque del Gobierno (desempleo)	\$	Teléfono celular y de casa	\$		
Otros ingresos (pensión conyugal, jubilación)	\$	Costos legales, impuestos, cuotas por libertad condicional	\$		
TOTAL INGRESO MENSUAL	\$	Gastos médicos/seguro médico	\$		
		Pago mínimo mensual de tarjetas de crédito	\$		
		TOTAL GASTOS MENSUALES	\$		

ACTIVOS

Valor de la vivienda _____ Hipoteca _____ Valor del auto _____ Préstamo del auto _____

Dinero en efectivo en su cuenta de cheques, ahorros o similar _____ Dinero en efectivo en cuentas de su cónyuge _____

**DEBE COMPLETAR LAS TRES SECCIONES SIGUIENTES
(SOLO EL[LA] ACUSADO[A])**

AVISO DEL DERECHO A FIANZA

Como acusado(a), usted tiene el derecho a fianza mediante garantías suficientes. La fianza es la garantía otorgada para asegurar que el(la) acusado(a) (es decir, usted) se presente ante la corte para responder al(a los) cargo(s) del(de los) que se le acusa(n). Un(a) magistrado(a) usará la información que usted incluya en este formulario para ayudarle a establecer el monto de su fianza.

¿Hay algo más que usted quiera que el(la) magistrado(a) considere al determinar el monto de la fianza?

En este día _____ de _____ 20____, he sido informado(a) de mi derecho a fianza. Yo declaro bajo
(día) (mes) (año)

pena de perjurio que el monto máximo de la garantía que yo puedo presentar o pagar por adelantado dentro de las 24 horas de mi arresto es de \$ _____.

DECLARACIÓN NO JURADA DEL(DE LA) ACUSADO(A)

Mi nombre es _____ . Mi fecha de nacimiento es _____ .
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Mi dirección _____ .
(calle y número) (Ciudad) (Estado) (Código postal) (Condado)

Yo declaro bajo pena de perjurio que lo anteriormente mencionado es verdadero y correcto. Legalizado en el condado de Collin, estado de Texas, el día _____ .
(día) (mes) (año)

JURAMENTO DEL(DE LA) ACUSADO(A)

En este día _____ de _____ 20____, he sido informado(a) de mi derecho a ser representado(a) por un(a) abogado(a)
(día) (mes) (año)

en relación con el(los) cargo(s) que está(n) en curso contra mí. Yo certifico que no cuento con los recursos para contratar a un(a) abogado(a) de mi elección y, por este medio, solicito que la corte nombre un(a) abogado(a) para que me represente.

Firma del(de la) acusado(a)

Fecha

POR FAVOR, NO COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE – SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Clerk's Notes

Interpreter Required? Yes No

If yes, language required:

DETERMINATION BASED ON:

TWC:

Gross:

Net:

Family Size:

FS MC SSI/SSDI TANF CCIHP PH

Other:

Defendant Currently Meets Eligibility Requirements?

Yes

No

FPL: _____ %

Date: _____

Clerk's Initials: _____