

**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE INDIGENCIA DEL CONDADO DE SNOHOMISH
CONFIDENCIAL (de conformidad con RCW 10/101/020[3])**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____

Número de teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____

¿Tiene hijos que viven con usted? SÍ / NO Edad de los menores: _____

¿Tiene trabajo? SÍ / NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto hace que trabaja allí? _____

Si la respuesta es "NO", ¿cuánto hace que no tiene empleo? _____

Recibe: ____ Asistencia social ____ SSI ____ Cupones para alimentos ____ Medicaid

____ Otro tipo de asistencia pública (describa): _____

¿Tiene dinero para contratar a un abogado? SÍ / NO

INGRESOS Y ACTIVOS

Su sueldo neto mensual (después de deducir impuestos) \$ _____

El sueldo neto de su cónyuge (después de deducir impuestos) \$ _____

Contribución de cualquier persona que viva con usted \$ _____

Seguro Social/Beneficios por desempleo/ Indemnización de trabajadores \$ _____

¿Recibe dinero de alguna otra fuente? Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto? \$ _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

¿Es propietario de alguna casa? SÍ / NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el valor: \$ _____ y el monto adeudado: \$ _____.

¿Es propietario de algún vehículo? SÍ / NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el año y el modelo de los vehículos:

Monto adeudado del vehículo: \$ _____

Saldo en cuenta corriente: \$ _____

Saldo en cuenta de ahorro: \$ _____

¿Tiene algún otro activo o recurso? SÍ / NO (Dinero en efectivo, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos fiduciarios u otro tipo de inversión)

Si la respuesta es "SÍ", indique el monto: \$ _____

TOTAL DE ACTIVOS \$ _____

GASTOS BÁSICOS MENSUALES DE VIDA

Pago de alquiler/hipoteca \$ _____

Manutención de menores que paga \$ _____

Alimentos \$ _____

Luz/Teléfono/Servicio de cable/Celular \$ _____

Agua/Alcantarillado/Recolección de residuos \$ _____

Costos de transporte (seguro de automóvil, combustible, viajes, autobús) \$ _____

Pagos de préstamos \$ _____

Gastos médicos \$ _____

Gastos de cuidado de menores \$ _____

Multas impuestas por tribunales \$ _____

Otros gastos no detallados (explique) \$ _____

TOTAL DE GASTOS MENSUALES \$ _____

INGRESOS MENSUALES DISPONIBLES \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY

COURT: _____ ATTORNEY ASSIGNED: _____

CASE NUMBER (S): _____

CHARGES: _____

COURT DATE (S): _____

CO-DEFENDANT (S): _____

REFERENCES FOR FUTURE COURT DATES:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Email Address: _____

DETERMINATION OF INDIGENCY

_____ Indigent

_____ Not Indigent

_____ Able to contribute

Social Security #: _____

COMMENTS: _____

Information Verified _____ YES _____ NO Interviewer: _____ Date: _____

I understand the court may require verification of the information provided on this form. I agree to immediately report any change in my financial status to the court.

I certify under penalty of perjury under Washington State Law that the information provided on this form is true and correct (Perjury is a Criminal offense – see Chapter 9A.72 RCW)

Applicant Signature: _____ Date: _____

UNABLE TO SIGN. PERJURY STATEMENT VERIFIED ORALLY. _____ Interviewer Initials