

CAUSAS DE MENORES - SOLICITUD PARA OBTENER UN ABOGADO DE OFICIO - EXENCIÓN DEL PAGO DE TARIFAS JUDICIALES Y COSTAS ADMINISTRATIVAS

JD-JM-114S Rev. 9-20
C.G.S. §§ 46b-135, 136, 51-289a, 53a-157b, 52-259b
P.B. §§ 8-2, 30a-1, 32a-1

ESTADO DE CONNECTICUT
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA CAUSAS DE MENORES
www.jud.ct.gov

<p align="center">Instrucciones para el Solicitante</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Complete los datos solicitados a máquina o en letra de molde. 2. Firme la sección de la declaración jurada sobre recursos económicos ante el secretario del tribunal, un fedatario (notary public) o un abogado. 3. Entregue este formulario lo antes posible -en persona, por correo, o por fax- en el tribunal de primera instancia en donde se presentará su causa o donde la misma está o estuvo pendiente. 4. Si su solicitud quedara denegada, usted podría requerir una audiencia sobre dicha solicitud. 	<p align="center">Instrucciones para el Secretario</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presente ante el juez el formulario cumplimentado. 2. De otorgarse la solicitud, notifique al solicitante y al abogado -si éste ya ha sido designado. 3. De quedar denegada la solicitud, y si así lo requiere el solicitante, fije fecha de audiencia sobre la misma.
--	---

Para: El Tribunal de Primera Instancia

Nombre del solicitante (Apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)		Fecha de nacimiento	Dirección del solicitante (Número, calle, ciudad, estado y código postal)		
Nombre del empleador		Dirección del empleador (Número, calle, ciudad, estado y código postal)		Teléfono (Con prefijo)	
Parentesco con el menor					Teléfono (Con prefijo)
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Nombre del menor	Fecha de nacimiento
Número de expediente (si corresponde)		Dirección del tribunal			

Trámite a realizar

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Delincuencia | <input type="checkbox"/> Petición de privación de la patria potestad | <input type="checkbox"/> Apelación de la Decisión del Tribunal de Menores |
| <input type="checkbox"/> Emancipación | <input type="checkbox"/> Denuncia por negligencia, descuido, maltrato | <input type="checkbox"/> Transferencia del tribunal de sucesiones |
| <input type="checkbox"/> Apelación en el Tribunal de Sucesiones | <input type="checkbox"/> Transferencia/Restablecimiento de la tutela | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ |

Designación de Abogado

Solicito que el tribunal designe un abogado que me represente.

Exención de Tarifas/Pago de Costas

Solicito que el juez ordene la exención del pago de las tarifas y costas, o en su lugar, que ordene que el estado de Connecticut asuma el pago de las tarifas y costas que se indican a continuación. (Seleccione lo que corresponde)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tarifa para iniciar acción judicial (tarifa para registrar la causa) | <input type="checkbox"/> Gastos del proceso de notificación (entrega de documentos por alguacil estatal u otro agente acreditado) |
| <input type="checkbox"/> Tarifa para cursar una acción judicial (presentar una petición, etc.) | <input type="checkbox"/> Tarifa para cursar una apelación (Tribunal Supremo o de Apelaciones) |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Importe de una transcripción para una apelación |

Motivos para la Apelación

(A completar si se está solicitando la exención de la tarifa por cursar una Apelación (Tribunal Supremo o de Apelaciones) y/o el pago del importe por la transcripción de una apelación)

Los motivos que fundamentan mi apelación son los siguientes: _____

Declaración jurada de recursos económicos [Financial Affidavit]

1. Personas a su cargo

Número de personas a su cargo menores de 18 años...

Número de otras personas a su cargo...

Número total de personas a su cargo (sin incluirse a sí mismo)

2. Ingreso bruto mensual y asistencias - Solicitante

A. Empleo.....	<input type="text"/>
B. Asistencia estatal/municipal.....	<input type="text"/>
C. SSI	<input type="text"/>
D. Compensación por Desempleo	<input type="text"/>
E. Compensación por Accidente Laboral	<input type="text"/>
F. Seguro social	<input type="text"/>
G. Pensión	<input type="text"/>
H. Pensión Alimenticia de Menores	<input type="text"/>
I. Pensión Compensatoria para Excónyugue ...	<input type="text"/>
Monto Total de Ingresos Brutos Mensuales	<input type="text"/>

3. Ingreso bruto mensual y asistencias - Otros adultos que residen en el mismo hogar

A. Empleo.....	<input type="text"/>
Nombre del empleador _____	
B. Asistencia estatal/municipal.....	<input type="text"/>
C. SSI	<input type="text"/>
D. Compensación por Desempleo	<input type="text"/>
E. Compensación por Accidente Laboral	<input type="text"/>
F. Seguro social	<input type="text"/>
G. Pensión	<input type="text"/>
H. Pensión Alimenticia de Menores	<input type="text"/>
I. Pensión Compensatoria para Excónyugue ...	<input type="text"/>
Monto Total de Ingresos Brutos Mensuales	<input type="text"/>

* Monto total por los ingresos brutos mensuales de todos los miembros adultos que residen en el mismo hogar:
(Sumar los ingresos mensuales del solicitante y de los adultos que residan en el mismo hogar)

*Si usted declara que la cantidad total de sus Ingresos Mensuales es de cero, explique cómo se mantiene:

Si estuviera disponible, adjunte copias de sus recibos de sueldo [paystubs].

4. Bienes - Solicitante

	Valor Estimado	Saldo del Préstamo	Patrimonio neto
A. Bienes Inmuebles ..			
Dirección: _____			
B. Vehículos Motorizados			
Año/Marca: _____			
C. Otros objetos personales			
<i>(por ejemplo, joyas, muebles, etc.)</i>			
D. Saldo en Cuentas de Ahorros (Suma total de todas las cuentas)			
E. Saldo de Cuentas Corrientes (Suma total de todas las cuentas)			
F. Otros bienes (Especificar si son acciones, bonos, fideicomisos o certificados de depósitos):			
Suma Total de los Bienes			

5. Pasivos/Deudas - Solicitante

(por ejemplo, saldos de tarjetas de crédito, préstamos, etc.) (No incluir los saldos de hipotecas o préstamos ya enumerados en el apartado "Bienes").

Tipo de Deuda	Cantidad Adeudada	Pago Semanal
Suma Total de las Deudas (pasivos)		

Certifico que la información contenida en la presente solicitud es correcta a mi leal saber y entender y que, de ser necesario, puedo presentar comprobantes de todos los ingresos, bienes y deudas que figuran en la misma.

Aviso ▶

Toda declaración falsa que usted dé bajo juramento, a sabiendas de que es falsa y con la intención de engañar a un funcionario en el desempeño de sus deberes, podrá ser sancionada con una multa o con tiempo de encarcelamiento, o con ambas sanciones.

Firma (Solicitante)	Escribir en letra de molde el nombre de la persona que firmó a la izquierda	Fecha
Suscrito y juramentado ante mí:	El día (Fecha)	Firma (Fedatario [Notary Public], Comisionado del Tribunal de Primera Instancia, Secretario Auxiliar)

Fallo

El juez, tras determinar que el solicitante (Selecione las casillas que correspondan)

- Es indigente y carece de los medios para pagar
 No es indigente y cuenta con los medios para pagar
 por la presente se ordena que la solicitud:

Quede otorgada según se indica a continuación:

1. El abogado queda

- Designado.
 Designado en interés de la justicia, según consta en el artículo 46b-136 del Código General de Connecticut.

Se ordena al solicitante reembolsar a la Comisión de Servicios del Defensor Público la tarifa estipulada por obtener los servicios de un abogado público, y dicha tarifa deberá abonarse al recibir la factura de la Comisión de Servicios de los Defensores Públicos.

2. Quedan anuladas las siguientes tarifas administrativas (incluyendo \$5.00 adicionales, si fuera requerido)

- Tarifa para iniciar acción judicial
 Tarifa para iniciar trámite
 Tarifa para cursar una Apelación (Tribunal Supremo o de Apelaciones)
 Tarifa por la transcripción de una apelación
 Otras tarifas (Especificar): _____

3. Se ordena que el Estado de Connecticut pague por las siguientes tarifas/costas

- Los honorarios del alguacil, siempre que no excedan los \$ _____
 El costo total de la transcripción para una apelación, de conformidad con el artículo 63-6 del Manual de Normas Procesales.
 Otras tarifas (Especificar): _____

Quede Denegada.

El juez (Escribir el nombre del juez en letra de molde o a máquina)	El día (Fecha)	Firma (Juez/Secretario auxiliar)	Firma
---	----------------	----------------------------------	-------

AVISO DE LA LEY ADA

La Rama Judicial del Estado de Connecticut cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Si necesita un ajuste razonable acorde con la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o con uno de los delegados de la ADA cuyos nombres aparecen desglosados en la página Web: www.jud.ct.gov/ADA.