



Formulario de Indigencia/EHM

1. Las evaluaciones de admision se ralizan de Lunes a Jueves de 8 de la mañana a 3 de la tarde, Por facor registrese en la ventanilla del secretario/a del tribunal. **Todas las evaluaciones deben completarse dos seamanas antes de su proxima audencia.**
2. DEBE TRAER COPIAS DE LOS SIGUENTES DOCUMENTOS. NO SE LE DEVOLVERAN LOS ORIGINALES PRESENTADOS.

**SI NO TRAI LA DOCUMENTACION COMPROBANTE ATRASARAS EL
PROCEDIMIENTO DE SU SOLICITUD**

- ___ Talones de cheque de los ultimos 30 dias
- ___ Talones de cheque de su pareja
- ___ Carta de asistencia publica, asistencia general, estampillas de comida (food stamps), Asistencia medical (Medicaid), beneficios de militar, SSI, o otros beneficios.
- ___ Declaración de apoyo (pág. 4) de la persona con la que vives si no estás contribuyendo a los gastos básicos del hogar. Esta declaración debe incluir la dirección y el número de teléfono de la persona con la que vives y su firma.
- ___ Efectivo, ahorros, cuentas de banco (incluye cuentas juntas)

3. DEBE TRAER TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS ARRIBA JUNTO CON LA EVALUACION FINANCIERA.

Evaluacion Financiera

I. IDENTIFICATION

Nombre: _____ # de Caso: _____

Motivo de solicitud (Elige Uno); Solicitud de Defensor Publico o Electronic Asistencia para el Monitador Electronico de Hogar (EHM)

Si buscas asistencia para EHM, por favor indica cuanto puede contribuir por dia \$ _____
(Usted sera responsable por cualquier cobro adicional, impuestos, cobro de activacion, asociado con EHM/SCRAM)

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Tiempo de ser Empleado? _____

Si estas desmpleado, cuanto tiempo llevas? _____ Has aplicado para el desempleo? Si/No.
Eres eligible para el desempleo? Yes/No.

II. Obligaciones de Apoyo

Numero total de dependientes (incluyese usted mismo) _____ Sus dependientes viven con usted? Si/No.

III. Elegibilidad Presunta (Marque todos los que correspondan)

Recibes ayuda de los siguientes? () AFDC () TANF () SNAP/Food assistance () Medicaid
() Poverty-related V.A. Benefits () SSI () Other, specify _____

IV. Ingresos Mensuales

a. Salario Mensual (despues de deducciones) \$ _____
b. Salario Mensual de pareja \$ _____
c. Contribucion de otra persona viviendo en el mismo hogar \$ _____
d. Intereses, dividendos, o otras ganancias \$ _____
e. Asistencias (Desempleo, Social Security, L&I, pension, and aguinaldos)
f. Otros ingresos (specify) _____ \$ _____
Total: \$ _____

V. Gastos Mensuales (for applicants and dependents; average where applicable)

a. Costs de vivienda- Hogar (renta, pago de caso, comida) \$ _____
b. Utilidades (gas, agua, electricidad, basura, alcantarillo) \$ _____
c. Pago de carro, aseugranza de carro \$ _____
d. Manutencion Infantil(Child Support), Guarderia (day care) \$ _____
e. Otros gastos de hogar \$ _____
Total: \$ _____

VI. Activos Liquidos

- a. Efectivo, ahorros, Cuentas de bancos (incluye cuentas juntas) \$ _____
- b. Acciones, cautiverios, certificados de depositos \$ _____
- c. Capital en Bienes de raices \$ _____
- d. Capital en vehiculos adiconales, SI mas de \$3000 \$ _____ Tipo de
carro: _____ Año _____ Tipo de carro _____
Año _____

VII. DECLARACION JURADA Y NOTIFICACION

Yo, _____ (escribe tu nombre) certifico (o declaro) bajo pena de prejuicio bajo las leyes del Estado de Washington, que lo precedente es correcto y la verdad (RCW9A.72.085). Por mi firma abajo, authorize la Libertad condicional que verifica toda la informacion propocionada aqui. Yo juro reporter cualquier cambio financiero al departamento de servicios de apoyo judicial.

Firma _____ Fecha _____

Lugar _____

Notas de la oficina:

Firma del Oficial _____ Fecha _____

- VIII. Resultado:** _____ Aprobado/a para Defensor Publico (Si solicitado)
- _____ Aprobado/a para tarifas reducidas de EHM, municion de \$450.00
- _____ Aporbado/a para tarifas reducidas de EHM \$ _____
(esto no incluye costo adicional de impuestos y acivacion de EHM)
- _____ Negado (No califica)

Firma _____ Fecha _____

Declaracion De Apoyo

Nombre del Acusado; _____

Numero De caso; _____

Escribe tu Nombre; _____

- Lena esta declaracion si el acusado/a esta viviendo contigo y tu lo apoyas completamente sin que el/ella apoye en los gastos del hogar.
- Llena esta declaracion si el acusado/a esta viendo contigo y te paga por gastos del hogar.
- Llena esta declaracion si el acusado/a no esta viviendo contigo pero le estas pagando los gastos.

La declaracion debe incluir la direccion y numero de telefono de la persona firmando, Dene que completer los cotsos de apoyo

Esta declaracion esta bajo pena de prejurio segun las leyes del Estado de Washington.

Yo declaro bajo pena de prejurio las leyes de Washington que lo anterior es verdadero y correcto (por favor explique la situacion con respect a la asostencia financiera que brinda):

Costo detallado de manutencion para el acusado/a que usted apyoa (**acusado/a no paga**);

Habitacion	\$ _____
Comida	\$ _____
Utilidades	\$ _____
Telefono	\$ _____
Otro (explique)	\$ _____

TOTAL \$ _____

Costo detallado de manutencion para el acusado/a que usted apoya (**acusado/a le esta pagando**);

Habitacion	\$ _____
Comida	\$ _____
Utilidades	\$ _____
Telefono	\$ _____
Otro (explique)	\$ _____

TOTAL \$ _____

Fecha: _____

Firmado en: _____
(Ciudad) (Estado)

Direccion: _____

Firma

Telefono: _____

Correo Electornico: _____