



BY THE PUBLIC DEFENDER
SOLICITUD PARA EL COMISIONADO DEL TRIBUNAL DE DISTRITO PARA
SER REPRESENTADO POR UN ABOGADO DE OFICIO

Privileged and Confidential
Privilegiado y confidencial

Judiciary Use Only: Date/Time of Filing: _____ Comm ID: _____ Initials: _____

Para uso exclusivo del Poder Judicial: Fecha y hora de presentación: _____ CommID: _____

Iniciales: _____

Name: _____

Nombre: _____

Mailing Address: _____

Dirección postal: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*E-mail Address: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contact Telephone Number: _____ DOB: _____ SSN: _____

Número de teléfono de contacto: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Have you ever served in the armed forces of the United States? Yes No (Veteran status does not affect eligibility)

Usted ha servido alguna vez en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No (La condición de veterano no afecta a la elegibilidad)

Do you need an Interpreter? Yes No Interpreter Language: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No Idioma del intérprete: _____

CASE NUMBER(s): _____

NÚMERO(S) DE CASO: _____

If this is a Violation of Probation (VOP), Child Support, Child in Need of Assistance (CINA), Juvenile case, you must apply for representation directly with the Public Defender's Office.

Si este es un caso de violación de la libertad condicional (VOP), de manutención de menores, de niños necesitados de asistencia (CINA) o un caso de menores, debe solicitar la representación directamente de la Oficina del Defensor Público.

HOUSEHOLD SIZE: # _____

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR: # _____

"Household" is the number of persons, including yourself, who maintain a legal residence in your home and/or are financially dependent on you for their basic needs and care.

El "grupo familiar" indica la cantidad de personas, incluido usted, que tienen domicilio legal en su casa o que dependen financieramente de usted para satisfacer las necesidades y los cuidados básicos.

INCOME - MONTHLY

INGRESOS - MENSUAL

List income from all sources, including employment, social security benefits, veteran's benefits, public assistance (Temporary Cash Assistance, Food Stamps, etc.), professional fees, rents, alimony, interests, dividends, retirement, child support, etc.

Haga un listado de todas las fuentes de ingresos, incluidos el empleo, los beneficios de seguridad social, los beneficios de veteranos, la asistencia pública (asistencia temporal en efectivo, cupones para alimentos, etc.), los honorarios profesionales, las rentas, la pensión alimenticia, los intereses, los dividendos, la jubilación, la manutención de menores, etc.

Source Fuente		Net Monthly Amount ("Take Home") Monto neto mensual ("salario neto")
Current Employment Empleo actual	Employer Name: Nombre del empleador:	\$ \$
Secondary Employment Empleo secundario	Employer Name: Nombre del empleador:	\$ \$
Unemployment Desempleo	Type: Tipo:	\$ \$
Public Assistance Asistencia pública	Type: Tipo:	\$ \$
Other (specify) Otro (especifique)	Other: Otro:	\$ \$
Other (specify) Otro (especifique)	Other: Otro:	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ TOTAL MENSUAL: \$	x x	= = ANNUAL TOTAL: \$ TOTAL ANUAL: \$

LIQUID ASSETS - Balance List all cash and cash equivalent that could be readily made available.

ACTIVOS LÍQUIDOS - Saldo Enumere todo el efectivo y el equivalente del efectivo que tenga disponible de inmediato.

Description Descripción	\$ Value Valor en \$	Description Descripción	\$ Value Valor en \$
Cash/Savings Efectivo/ahorros	\$ \$	Other (specify) Otro (especifique)	\$ \$
Credit Available Crédito disponible	\$ \$	Other (specify) Otro (especifique)	\$ \$
Total: \$ Total: \$			

BILLS - Monthly
CUENTAS -
Mensualmente

List all payments for credit cards, mortgages, loans, medical expenses, and other obligations and expenses on a monthly basis. Do not include any expense(s) already deducted from your paycheck. Enumere todos los pagos de tarjetas de crédito, hipotecas, préstamos, gastos médicos y otras obligaciones y gastos mensuales. No incluya los gastos que ya se dedujeron de su salario.

Paid to: Pagado a:	\$ Per Month \$ por mes	Paid to: Pagado a:	\$ Per Month \$ por mes
Rent/Mortgage Alquiler/hipoteca	\$ \$	Transportation (car note, insurance, bus, gas) Transporte (cuota del vehículo, seguro, autobús, combustible)	\$ \$
Utilities (gas, water, electric, etc.) Servicios (gas, agua, electricidad, etc.)	\$ \$	Medical Bills/Insurance Facturas de gastos médicos/seguro	\$ \$
Cell Phone Teléfono celular	\$ \$	Credit Card Bills, Loans, Back Taxes, Liens Facturas de la tarjeta de crédito, préstamos, impuestos atrasados, embargos	\$ \$
Child Day Care Cuidado infantil diurno	\$ \$	Child Support Manutención de menores	\$ \$
Food/Hygiene (necessities) Alimentación/higiene (necesidades)	\$ \$	Other (<i>specify</i>) Otro (<i>especifique</i>)	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ TOTAL MENSUAL: \$		x = x =	ANNUAL TOTAL: \$ TOTAL ANUAL: \$

Applicant: _____

Solicitante: _____

Case #(s): _____

N.º de caso: _____

Source Fuente	Annual Total Total anual	Federal Poverty Guidelines Pautas del nivel federal de pobreza	
Income Ingreso	\$ \$	Household Size Tamaño del grupo familiar	
Assets Activos	\$ \$	FPG FPG	
Expenses Gastos	\$ \$	Cost to Hire Costo de contratación	\$ \$
Net Income Ingreso neto	\$ \$		

AFFIDAVIT OF INDIGENCY
DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

I solemnly affirm under the penalty of perjury that all of the information presented above and any supporting documentation, to the best of my knowledge and belief, is true and accurate in support of my inability to hire a private attorney. By signing below, I acknowledge that I have applied for eligibility for representation by the Office of the Public Defender and I agree to pay any applicable fees under Maryland State Regulations by the Office of the Public Defender or otherwise required by State Law.

Declaro solemnemente, bajo pena de perjurio, que toda la información que antecede y cualquier documentación de respaldo presentada, a mi leal saber y entender, es verdadera y precisa para sustentar mi incapacidad de contratar un abogado privado. Al firmar a continuación, reconozco que he solicitado la elegibilidad de representación por parte de la Oficina del Defensor Público y acuerdo pagar cualquier tarifa que corresponda en virtud de lo reglamentado en el estado de Maryland por la Oficina del Defensor Público o de otra manera exigida por la ley del estado.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

As permitted by MD Code, Criminal Procedure Article 16-210(e)(3)(i), I hereby consent and authorize the Comptroller of Maryland to provide to the Office of the Director of Commissioners of the District Court ("the Office") or its designee income information from my Maryland income tax return filed for the tax year immediately preceding the year in which this authorization is executed. I further consent and authorize the Office or its designee to use such income information for the sole purpose of determining whether I qualify for the services of the Office of the Public Defender to assist me in a legal matter.

Según lo permitido por el Código de MD, artículo sobre procedimientos penales 16-210(e)(3)(i), autorizo por el presente que el Contralor de Maryland proporcione a la Oficina del Director de los Comisionados del Tribunal de Distrito ("la Oficina") o a su designado la información sobre mi declaración de ingresos de Maryland correspondiente al año fiscal inmediatamente precedente al año en el cual se ejecute esta autorización. Además, brindo mi consentimiento y autorizo a la Oficina o a su designado para que utilice dicha información sobre ingresos con el único propósito de determinar si califico para obtener los servicios de la Oficina del Defensor Público para brindarme asistencia legal en un caso.

Signature of Applicant
Firma del solicitante

Date
Fecha

INFORMED CONSENT RELEASE
AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. As permitted by § 8-625(d)(1) of the Labor and Employment Article, Annotated Code of Maryland and by federal regulations under 20 C.F.R. part 603, this signed form releases certain confidentiality rights of the undersigned.

De conformidad con la Sección 8-625(d)(1) del Artículo de Trabajo y Empleo, del Código Anotado de Maryland y de las regulaciones federales de la parte 603 del artículo 20 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), este formulario firmado exime de determinados derechos de confidencialidad al abajofirmante.

2. This consent form will remain in effect until the District Court Commissioner's obligation to maintain these records for its files has terminated, revocation by the undersigned, or five (5) years.
Este formulario de consentimiento estará vigente hasta que la obligación del Comisionado del Tribunal del Distrito de conservar estos registros para sus archivos cese o sea revocada por el abajofirmante, o hasta que transcurran cinco (5) años.
3. Please include all other names you have used for the period of time the records are requested:
Incluya todos los otros nombres que usó durante el periodo en el que se solicitan los registros:

4. Please provide the undersigned individual's **SOCIAL SECURITY NUMBER**: _____
Proporcione el **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** del abajofirmante: _____

5. The undersigned acknowledges that this signed form permits access to confidential information maintained by the Maryland Department of Labor, Division of Unemployment Insurance. This information includes wage history, employment history, and the number and amount of Unemployment Insurance benefits received by the undersigned.

El abajofirmante reconoce que este formulario firmado permite el acceso a información confidencial conservada por la División de Seguro de Desempleo del Departamento de Trabajo de Maryland. Esta información incluye el historial de sueldos, el historial de trabajo y la cantidad y el monto de los beneficios del seguro de desempleo que recibe el abajofirmante.

6. The undersigned individual consents to the Office of the District Court Commissioner or its designee to review confidential information, including benefits information and wages earned by the individual and reported by their employer for purposes of evaluating the individual's qualification for a Court-appointed attorney. The determining of whether the undersigned qualifies for a Court-appointed attorney may assist the undersigned in a legal matter.

El abajo firmante da su consentimiento a la Oficina del Comisionado del Tribunal de Distrito o su designado revise información confidencial, incluyendo información de beneficios y sueldos ganados por el individuo e informados por su empleador con el fin de evaluar la calificación del individuo para recibir un abogado nombrado por el Tribunal. La determinación de si el abajofirmante reúne los requisitos para recibir un abogado nombrado por el tribunal puede ser de ayuda para el abajofirmante en un asunto legal.

7. The confidential information will be disclosed only to the Office of the District Court Commissioner or its designee. The information disclosed pursuant to this release will be used only for the purposes stated in this release, which is to determine whether the undersigned qualifies for representation by the Office of the Public Defender to assist the undersigned in a legal matter.

La información confidencial se divulgará exclusivamente a la Oficina del Comisionado del Tribunal del Distrito o a su designado. La información divulgada conforme a esta autorización se usará exclusivamente para el fin aquí indicado, que es determinar si el abajofirmante reúne los requisitos para recibir representación de la Oficina del Defensor Público para ayudar al abajofirmante en un asunto legal.

Signature of Consenting Individual (Applicant)
Firma de la persona que otorga su consentimiento (solicitante)

Date
Fecha