

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA

Tribunal de Apelaciones

Tribunal de Primera Instancia, Sala Superior Municipal de _____

CASO NÚM. _____

Sobre: _____
Delitos, faltas imputadas o asuntos civiles

SOLICITUD PARA LA ASIGNACIÓN DE REPRESENTACIÓN LEGAL DE OFICIO

Al Honorable Tribunal:

Comparece _____ :

- la parte solicitante,
- el (la) representante de la parte solicitante, o
- la parte solicitante menor de edad representada por su madre, padre, tutor(a) legal o persona con custodia; y

respetuosamente solicita que el tribunal asigne un(a) abogado(a) de oficio para este caso, ya que, tras haberse denegado representación legal por entidades que ofrecen servicios legales gratuitos, no se cuenta con los recursos económicos para pagar por los servicios de un(a) representante legal. En apoyo a esta solicitud, declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que expreso a continuación son ciertas.

INSTRUCCIONES: Complete todas las preguntas incluidas en este formulario y fírmelo. No deje preguntas sin contestar. Si la respuesta es "0", "ninguno" o "no aplica" escríbalo en su respuesta. De requerir más espacio para contestar alguna pregunta puede acompañar una hoja de papel separada, la cual deberá identificar con su nombre, las partes y número de caso, así como el (los) número(s) de pregunta(s) que está contestando.

A. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA ASIGNACIÓN:

Nombre _____ Inicial _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: casado(a) soltero(a) divorciado(a) viudo(a)
 separado(a) relación consensual

¿Sabe leer? Sí No ¿Sabe escribir? Sí No

Grado más alto completado: _____

Tipo de preparación profesional o vocacional que posee: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfonos: (_____) _____ Celular (_____) _____ Residencial

¿Está la persona sumariada o confinada en una institución carcelaria? Sí No

De ser así, indique el nombre de la institución: _____

¿Está ingresada en una institución hospitalaria, psiquiátrica o correccional? Sí No

De ser así, indique el nombre de la institución: _____

¿Ha sido declarado(a) incapaz por algún tribunal? Sí No

De ser así, indique la fecha de la declaración de incapacidad (día, mes, año), el tribunal que la emitió y el número de caso: _____

¿Ha emitido el tribunal una determinación para que la persona solicitante litigue como indigente (*in forma pauperis*) en el presente caso? Sí No

De ser así, indique la fecha de la determinación (día/mes/año): _____

B. INFORMACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA ASIGNACIÓN DE OFICIO, DE SU CÓNYUGE O PAREJA, O DE SUS PADRES, TUTORES O PERSONA CON CUSTODIA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD: (Deberá especificar cada fuente de ingreso y anejar evidencia de lo informado, tales como talonarios, verificaciones de empleo, cheques, estados de cuentas bancarias, planillas de contribución sobre ingresos, certificaciones del Centro de Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM), certificaciones de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME), contratos, entre otros.)

Indique si está empleado(a): Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Ocupación: _____

Nombre del patrono: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

Salario: \$ _____ semanal bisemanal quincenal mensual

¿Está acogido(a) a una licencia sin sueldo? Sí No

De ser así, indique el periodo de la licencia y la razón: _____

¿Tiene negocio propio? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Nombre y tipo de negocio: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

¿Trabaja por cuenta propia? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Tipo de trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

Si está desempleado(a), indique la fecha desde que lo está (día/mes/año): _____

Además, indique patrono, puesto, lugar y salario mensual de su último empleo:

Provea sus experiencias de empleo durante los pasados tres (3) años (deberá incluir patrono, dirección, fecha de empleo, puesto y salario mensual que devengaba):

Indique si su cónyuge o pareja está empleado(a): Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Ocupación: _____

Nombre del patrono: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

Salario: \$ _____ semanal bisemanal quincenal mensual

¿Está acogido(a) su cónyuge o pareja a una licencia sin sueldo? Sí No

De ser así, indique el periodo de la licencia: _____

¿Tiene su cónyuge o pareja negocio propio? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Nombre y tipo de negocio: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

¿Trabaja su cónyuge o pareja por cuenta propia? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Tipo de trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Ext. _____

Si su cónyuge o pareja está desempleado(a), indique la fecha desde que lo está (día/mes/año), patrono, puesto, lugar y salario mensual del último empleo:

Especifique los ingresos mensuales que recibe:

Ingreso bruto mensual por empleo, negocio propio o trabajo por cuenta propia del (de la) solicitante \$ _____

Ingreso bruto mensual del (de la) cónyuge o pareja por empleo, negocio propio o trabajo por cuenta propia _____

Otros ingresos mensuales del (de la) solicitante y su cónyuge o pareja (tales como propinas, comisiones, intereses, dividendos, rentas, bonos, estipendios u otras ganancias. Deberá especificar la y fuente cuantía de cada ingreso). _____

Total de ingresos: \$ _____

Informe otras fuentes de ingreso familiar:

	Solicitante	Cónyuge o pareja
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Asistencia Económica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional (PAN)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (TANF)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos por pobreza	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pensiones		
<input type="checkbox"/> Seguro Social	_____	_____
<input type="checkbox"/> Veteranos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retiro	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gobierno Federal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras pensiones (especifique cada una)	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Total de otros ingresos: \$ _____

¿La persona solicitante, su cónyuge o pareja han recibido algún dinero en los pasados doce (12) meses de alguna de las siguientes fuentes? De ser así, indique a continuación la cantidad de dinero que recibieron:

		Solicitante	Cónyuge o pareja
Pago por retiro, incapacidad, anualidad o seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	\$ _____
Ingresos de bienes raíces (tales como venta(s) o alquiler(es) de propiedades)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Ingresos de ventas de bienes muebles (tales como vehículos de motor, embarcaciones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Intereses o dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____

Herencias, donativos o regalos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión conyugal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pensión entre parientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Premios de casino, loterías, carreras de caballo u otro juego de azar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Becas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otras fuentes de ingreso (explique):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Está esperando algún cambio significativo en sus ingresos mensuales para los próximos doce (12) meses? Sí No

De ser así, explique: _____

¿Recibe alguno de los siguientes beneficios?

Tarjeta de Salud del gobierno Subsidios por servicios de agua o luz

¿Radica planillas de contribución sobre ingresos? Sí No

De ser así, indique el último año contributivo radicado: _____

¿Ha presentado una petición ante la corte de quiebra federal? Sí No

De ser así, indique la fecha de la petición: _____

Si está acogido(a) a quiebra, indique la cantidad de pago, si alguno \$ _____

¿Está obligada(o) a proveer una pensión alimentaria? Sí No

De ser así, indique el nombre de cada alimentista y la cantidad de cada pago mensual:

¿Tiene deuda por concepto de pensión alimentaria? Sí No

De ser así, indique el nombre y la cantidad de la deuda para cada alimentista:

¿Esta solicitud es para que le asigne representación de oficio en torno a deuda(s) por pensión alimentaria? Sí No

C. INFORMACIÓN SOBRE BIENES DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA ASIGNACIÓN DE OFICIO, SU CÓNYUGE O PAREJA, O DE SUS PADRES, TUTORES O PERSONA CUSTODIA, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD: (Deberá anejar evidencia de lo informado, tales como escrituras, títulos de propiedad, contratos, certificaciones de bienes muebles o inmuebles del Centro del Recaudación de Ingresos Municipales (CRIM), licencias de vehículos de motor, estados de cuentas bancarias, entre otros.)

¿Es la persona solicitante, su cónyuge o pareja, propietario(a) del lugar donde reside?

Sí No

De ser así, indique:

Dirección de la propiedad: _____

Descripción de la propiedad: _____

Valor estimado de la propiedad: \$ _____

Extensión del lote del terreno, solar o finca: _____

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ _____

¿La persona solicitante está enfrentando un proceso de ejecución de hipoteca? Sí No

¿Se ha referido este caso a mediación? Sí No

¿Es la persona solicitante, su cónyuge o pareja, propietario(a) de algún otro bien inmueble? (Tales como, casas, apartamentos, terrenos, solares o fincas) Sí No

De ser así, indique lo siguiente para cada bien inmueble:

Dirección de la propiedad: _____

Descripción de la propiedad: _____

Valor estimado de la propiedad: \$ _____

Extensión del lote del terreno, solar o finca: _____

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ _____

Dirección de la propiedad: _____

Descripción de la propiedad: _____

Valor estimado de la propiedad: \$ _____

Extensión del lote del terreno, solar o finca: _____

De estar hipotecada la propiedad, informe la cuantía adeudada: \$ _____

Indique si la persona solicitante, su cónyuge o pareja es propietario(a) de otros bienes, incluyendo joyas, acciones en la bolsa de valores, pagarés a su favor, bonos o cualquier otra propiedad de valor:

Descripción	Valor estimado
	\$

Informe todos los vehículos de motor (tales como autos, camiones, motoras, *trailers*, *four tracks* o cualquier vehículo terrestre) de la persona solicitante y de los miembros de su composición familiar:

Marca	Modelo	Año	Institución financiera, de haberla	Valor estimado del vehículo
				\$

Informe todo vehículo marítimo (tales como lanchas, botes, embarcaciones o motoras acuáticas) de la persona solicitante y de los miembros de su composición familiar:

Marca	Modelo	Año	Institución financiera, de haberla	Valor estimado del vehículo
				\$

Indique el dinero en efectivo que posee la persona solicitante y su cónyuge o pareja:

\$ _____

Especifique todo el dinero que tenga la persona solicitante y su cónyuge o pareja en cuentas bancarias:

Entidad Bancaria	Tipo de Cuenta	Cantidad de dinero
		\$

¿Tiene la persona solicitante, su cónyuge o pareja cuentas IRA o Plan de Pensiones?

Sí No

De ser así, informe la entidad y cantidad de dinero: \$ _____

Informe toda persona natural o jurídica, negocio u organización que le debe dinero a la persona solicitante, su cónyuge o pareja:

Nombre	Cantidad adeudada
	\$

De la persona solicitante estar confinado(a), deberá proveer una copia certificada del estado de cuenta de confinado(a) que refleje su actividad por los pasados seis (6) meses antes de la radicación del caso para el cual solicita representación legal de oficio, el cual deberá ser emitido por un oficial de la institución carcelaria. Además, informe la cuantía que posee en su estado de cuenta: \$ _____ .

D. COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LA PERSONA PARA LA CUAL SE SOLICITA LA ASIGNACIÓN E INGRESOS: (Deberá especificar cada fuente de ingreso y anejar evidencia de lo informado, tales como talonarios, cheques, estados de cuentas bancarias, planillas de contribución sobre ingresos, entre otros.)

Información de las personas que residen en el hogar:

Nombre y apellidos	Relación	Edad	Dependiente	Fuente de ingresos	Ingreso Bruto Mensual
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información de otros dependientes que no residan con la persona para la cual se solicita la asignación de oficio:

Nombre y apellidos	Edad	Relación

E. INFORMACIÓN SOBRE LOS GASTOS Y OBLIGACIONES MENSUALES: (Deberá anejar a la solicitud evidencia de los gastos informados, tales como contratos, libretas de pago, cheques cancelados, estados de cuentas bancarias, facturas, recibos de pago, entre otros.)

Informe todos los gastos mensuales:

- Alimentos \$ _____
- Ropa _____
- Agua potable _____
- Energía eléctrica _____
- Teléfono _____
- Transportación _____
- Hipoteca o alquiler de residencia principal _____
- Seguros médicos _____
- Gastos médicos _____
- Otros (describa): _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Total de gastos: \$ _____

Informe todas sus obligaciones o deudas mensuales (tales como tarjetas de crédito, préstamos personales, préstamos comerciales, préstamos de auto o arrendamiento de vehículo [lease], líneas de crédito y financieras):

Nombre del acreedor	Balance adeudado	Pago mensual
	\$	\$

Total de pagos mensuales: \$ _____

¿Está esperando algún cambio significativo en sus gastos u obligaciones mensuales para los próximos doce (12) meses? Sí No

De ser así, explique: _____

F. GESTIONES REALIZADAS PARA OBTENER SERVICIOS LEGALES: (Deberá anejar evidencia de las gestiones realizadas y la determinación, según aplique.)

¿Ha contratado o pagado dinero a un(a) abogado(a) por servicios legales relacionados a este caso, incluyendo completar este formulario? Sí No

De ser así, indique:
 Nombre del (de la) abogado(a): _____
 Dirección del (de la) abogado(a): _____

Cuántía pagada \$: _____

¿Ha efectuado gestiones para contratar a un(a) abogado(a) por otro medio que no sea un nombramiento del tribunal? Sí No

De ser así, explique: _____

¿Ha realizado gestiones con instituciones que proveen servicios legales gratuitos para que se le asigne un(a) abogado(a) en este caso? Sí No

De ser así, explique las gestiones realizadas y la determinación de la entidad, según aplique:

- Sociedad para la Asistencia Legal (SAL) _____
- Servicios Legales de Puerto Rico _____
- Oficina Legal de la Comunidad _____
- Pro – Bono Inc. _____
- Clínica de Asistencia Legal de las Facultades de Derecho _____
- Otra entidad _____

¿Ha solicitado anteriormente la asignación de un(a) abogado(a) de oficio para este u otro asunto ante el tribunal? Sí No

De habersele asignado un(a) abogado(a) de oficio, informe para cada caso lo siguiente: las partes, la naturaleza (civil o penal), el número del caso y la región judicial (incluya los casos activos como los casos ya cerrados):

Provea cualquier otra información que ayude a explicar por qué no se pueden pagar los honorarios de un(a) abogado(a) en este caso.

G. ANEJOS

Se acompañan _____ documentos como anejos a esta solicitud para evidenciar la información provista en las secciones B, C, D, E y F de este formulario.

H. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL (DE LA) SOLICITANTE, DE NO SER QUIEN RECIBIRÁ LA ASIGNACIÓN DE OFICIO:

Nombre: _____

Parentesco o relación con la persona solicitante: _____

Dirección física: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfono (_____) _____

¿Conoce usted alguna persona contacto o familiar que pueda proveer información adicional sobre la persona para la cual se solicita la asignación de oficio? Sí No

De ser así, complete la siguiente información:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección física: _____

Dirección electrónica: _____

Teléfono: (_____) _____

I. DECLARACIÓN DEL (DE LA) SOLICITANTE:

Entiendo que cualquier afirmación o respuesta falsa en esta solicitud conlleva pena de perjurio conforme al Código Penal vigente, por lo que me expongo a la pena establecida por cometer dicho delito. Asimismo, conforme al *Reglamento para la Asignación de Abogados y Abogadas de Oficio de Puerto Rico* se le advierte al (a la) declarante que proveer información falsa en esta solicitud puede constituir desacato al tribunal.

Con mi firma, certifico, bajo pena de perjurio, que la información detallada en este documento (y anejos, de incluirlos) es cierta por constarme de propio y personal conocimiento, y doy fe que lo expresado es correcto y veraz.

En _____, Puerto Rico, el _____ de _____ de _____.

Nombre del (de la) solicitante

Firma del (de la) solicitante