

_____ Tribunal _____ Condado _____ Tennessee	DECLARACIÓN JURADA UNIFORME DE INDIGENCIA A LOS EFECTOS DEL FONDO DE SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA PARA INDIGENTES (ARTÍCULO 55-10-419 DEL T.C.A.) página 1 de 5	Número de caso o Número de orden judicial
contra		

Comparece el acusado y, sujeto a pena de perjurio, declara bajo juramento los siguientes hechos (enumere, marque con un círculo, complete, etc.):

PARTE I

- 1. Nombre completo: _____
- 2. Otros nombres usados: _____
- 3. Fecha de nacimiento: _____
- 4. Dirección: _____
- 5. Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Otro) _____
- 6. ¿Trabaja en algún lugar? Sí () No () Dónde _____
- 7. ¿Cuánto gana? _____ (semanal, mensual, etc.)
- 8. ¿Recibe alguna asistencia o pensión gubernamental (discapacidad, SSI, AFDC, etc.)? Sí () No ()
 ¿Cuál es su valor? _____ (semanal, mensual, etc.)
- 9. ¿Es propietario de algún bien (casa, auto, cuenta bancaria, etc.)? Sí () No ()
 ¿Cuál es su valor? _____
- 10. El ingreso anual total después de los impuestos es: \$ _____

PARTE II

- 11. Número de miembros de su unidad familiar: _____
- 12. Nombres y edades de todos los dependientes: _____ relación _____
 _____ relación _____
 _____ relación _____
- 13. Todos mis ingresos de todas las fuentes (incluido, pero no limitado a salarios, intereses, obsequios, AFDC, SSI, seguro social, jubilación, discapacidad, pensión, desempleo, pensión alimenticia, indemnización laboral, etc.):
 \$ _____ por _____ de _____
 \$ _____ por _____ de _____
 \$ _____ por _____ de _____
- 14. Todo el dinero a mi disposición de cualquier fuente:
 A. Dinero en efectivo _____
 B. Cuenta(s) de cheques, de ahorros o de certificado de depósito: indique el banco, número de cuenta, saldo _____
 C. Deudas que se me deben _____
 D. Otro _____

15. Debo las siguientes deudas:

- \$ _____ a: _____
- \$ _____ a: _____
- \$ _____ a: _____

_____ Tribunal _____ Condado _____ Tennessee	DECLARACIÓN JURADA UNIFORME DE INDIGENCIA A LOS EFECTOS DEL FONDO DE SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA PARA INDIGENTES (ARTÍCULO 55-10-419 DEL T.C.A.) página 2 de 5	Número de caso o Número de orden judicial
_____ contra _____		

16. Todos los vehículos/embarcaciones que me pertenecen, como propietario único o en conjunto, en los últimos seis meses (incluido, pero no limitado a, automóviles, camiones, motocicletas, equipos agrícolas, embarcaciones, etc.):

_____ valor \$ _____ importe debido _____

_____ valor \$ _____ importe debido _____

_____ valor \$ _____ importe debido _____

17. Todos los bienes inmuebles de mi propiedad, como propietario único o en conjunto, en los últimos seis meses (incluidos terrenos, lotes, casas, casas móviles, etc.):

_____ valor \$ _____ importe debido _____

_____ valor \$ _____ importe debido _____

18. Todos los activos o propiedades no mencionados en la lista que son de mi propiedad en los últimos seis meses o que se espera tener en el futuro:

_____ valor \$ _____ importe debido _____

_____ valor \$ _____ importe debido _____

19. Estoy fuera de la cárcel bajo fianza de \$ _____ pagada por _____.
 El dinero para la fianza, \$ _____ fue pagado por _____.

20. Otras circunstancias que el tribunal considere pertinentes respecto a la indigencia: _____

PARTE III

21. Reconociendo que todavía estoy bajo juramento, certifico que he indicado en las Partes I y II todos los activos sobre los que tengo o espero tener cualquier interés legal o equitativo.

22. Acepto presentar una copia de mi declaración de impuestos más reciente si el tribunal lo solicita.

23. Entiendo que, de conformidad con el delito de perjurio establecido en el artículo 39-16-702 del Código Anotado de Tennessee (T.C.A., por sus siglas en inglés), es un delito menor Clase A por el cual puedo ser sentenciado a prisión por hasta 11 meses, 29 días o multado con hasta \$2,500, o ambos, si intencionalmente tergiverso, falsifico o retengo cualquier información obligatoria en esta declaración jurada. También entiendo que el Tribunal me puede exigir que presente más información para justificar mi solicitud de que se me declare indigente a fines de usar el fondo de supervisión electrónica para indigentes.

Este _____ día de _____, _____.

_____ Acusado

Jurado y Suscrito ante mí en este _____ día de _____ de _____.

_____ Juez/Secretario

<p>____ Tribunal ____ Condado ____ Tennessee</p>	<p align="center">ORDEN RESPECTO A DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA A LOS EFECTOS DEL FONDO DE SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA PARA INDIGENTES (Artículo 55-10-419 del T.C.A.) página 3 de 5</p>	<p align="center">Número de caso o Número de orden judicial</p>
--	---	--

El juez tiene que marcar uno de los siguientes:

____ Por la presente determino que el acusado mencionado anteriormente **NO** es indigente y no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera para pagar los costos asociados con un alcoholímetro antiarranque en funcionamiento, dispositivo de supervisión transdérmico, otro dispositivo alternativo de supervisión de alcohol o drogas, o dispositivo de supervisión por posicionamiento global.

O

____ Por la presente determino que el acusado mencionado anteriormente es indigente y, sujeto a la disponibilidad de fondos, reúne los requisitos para recibir asistencia financiera para pagar los costos asociados con un alcoholímetro antiarranque en funcionamiento, dispositivo de supervisión transdérmico, otro dispositivo alternativo de supervisión de alcohol o drogas, o dispositivo de supervisión por posicionamiento global.

Si el acusado es declarado indigente, el Juez tiene que completar las siguientes secciones:

1. A. ____ Se ordena al acusado pagar un mínimo de \$30.00 al mes para cubrir los costos elegibles de un alcoholímetro antiarranque en funcionamiento o dispositivo alternativo, de conformidad con el artículo 55-10-419(h)(2) del T.C.A.

O

B. ____ Se determina que el acusado tiene la capacidad de pagar más de los \$30.00 obligatorios al mes de los costos relacionados con el dispositivo necesario, y se le ordena pagar \$_ , de conformidad con el artículo 55-10-419(h)(2) del T.C.A.

Y

C. ____ Los costos relacionados con el dispositivo necesario por un importe de \$_____, [que no excederá \$170/mes, por dispositivo, de conformidad con el artículo 55-10-419(h)(2) del T.C.A.] pueden ser reembolsados al proveedor por el fondo de supervisión electrónica para indigentes si reúne los requisitos.

El costo total del dispositivo necesario es \$_____. [Esta es la suma de la porción del acusado (A o B) y la porción del Fondo de supervisión electrónica para indigentes (EMIF, por sus siglas en inglés) (C), y no puede exceder \$200.00/mes]

2. Duración del tiempo que se ordena al acusado usar/llevar puesto el dispositivo: ____

3. Número de dispositivos que se orden al acusado usar/llevar puesto: _____

4. Tipo(s) de dispositivo(s) ordenado(s):

____ Alcoholímetro antiarranque

____ Dispositivo de supervisión transdérmico

____ Otro dispositivo alternativo de supervisión de alcohol o drogas (indique el tipo de dispositivo: _____)

____ Sistema de supervisión de posicionamiento global

Fecha

Firma del Juez

_____ Tribunal _____ Condado _____ Tennessee	ORDEN RESPECTO A DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA A LOS EFECTOS DEL FONDO DE SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA PARA INDIGENTES (Artículo 55-10-419 del T.C.A.) página 4 de 5	Número de caso o Número de orden judicial
_____ contra _____		

NOTIFICACIÓN AL ACUSADO: NO SE LE PUEDE COBRAR NINGÚN IMPORTE POR SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA QUE NO ESTÉ AUTORIZADO POR ESTA ORDEN JUDICIAL. Artículo 55-10-419(1) del T.C.A.

****** Una copia de este formulario debe ser enviada al proveedor del alcoholímetro antiarranque, dispositivo de supervisión transdérmico, otro dispositivo alternativo de supervisión de alcohol o drogas, o dispositivos de supervisión por posicionamiento global. El proveedor del dispositivo debe presentar una copia de este formulario al Gobierno del Condado en el que el Tribunal emisor se encuentra de manera y forma aceptable para dicho Condado antes de ser reembolsado, junto con una copia de la orden judicial firmada que indica que el uso del/de los dispositivo(s) ha sido ordenado por el Tribunal. De conformidad con el artículo 55-10- 419(a)(1)(B) del T.C.A., no se emplearán más de doscientos dólares (\$170.00) al mes del fondo para pagar los costos relacionados con el dispositivo.*

_____ Tribunal _____ Condado _____ Tennessee	ORDEN RESPECTO A DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA A LOS EFECTOS DEL FONDO DE SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA PARA INDIGENTES (Artículo 55-10-419 del T.C.A.) página 5 de 5	Número de caso o Número de orden judicial
_____ contra _____		

Pautas de pobreza de 2023 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.	
Personas en la familia/unidad familiar	Pautas de pobreza
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560
Para familias/unidades familiares con más de 8 personas, agregar \$5,140 por cada persona adicional.	

*Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU..
 Pautas de Pobreza para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia, 2023