

Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. **Formulaire type pour consultation uniquement. Le format bilingue des formulaires a pour objet de vous faciliter la tâche, mais il faudra remplir et déposer les formulaires en anglais auprès du tribunal.**



**BY THE PUBLIC DEFENDER**  
**DEMANDE D'AUXILIAIRE DE JUSTICE DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE**  
**POUR UNE REPRÉSENTATION PAR L'AVOCAT COMMIS D'OFFICE**

*Privileged and Confidential*  
*Confidentiel*

<b>Judiciary Use Only:</b> Date/Time of Filing: _____ Comm ID: _____ Initials: _____ <b>Usage judiciaire uniquement :</b> Date/Heure de dépôt : _____ ID Comm : _____ Initiales : _____		
Name: _____ Nom : _____		
Mailing Address: _____ Adresse postale : _____		
City: _____ Ville : _____	State: _____ État : _____	Zip: _____ Zip : _____
*E-mail Address: _____ Adresse e-mail : _____		
Contact Telephone Number: _____ Numéro de téléphone : _____	DOB: _____ Date de naissance : _____	SSN: _____ N° SS : _____
Have you ever served in the armed forces of the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Veteran status does not affect eligibility) Avez-vous déjà servi dans les forces armées des États-Unis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Le statut de vétéran n'affecte pas l'admissibilité)		
Do you need an Interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter Language: _____ Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Langue de l'interprète : _____		
<b>CASE NUMBER(S):</b> _____ <b>NUMÉRO(S) D'AFFAIRE(S) :</b> _____ <i>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.</i> <i>S'il s'agit d'une affaire de violation des conditions de liberté conditionnelle (VOP), de pension alimentaire pour enfants, d'un enfant ayant besoin d'assistance (CINA) ou d'une affaire concernant un mineur, vous devez demander une représentation directement auprès du Bureau de l'avocat commis d'office.</i>		
<b>HOUSEHOLD SIZE: #</b> _____ <b>TAILLE DU MÉNAGE : #</b> _____ <i>"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.</i> <i>Indiquez le nombre de personnes, y compris vous-même, qui vivent légalement dans votre résidence et/ou dépendent financièrement de vous pour leurs besoins essentiels.</i>		
<b>INCOME - MONTHLY</b> <b>REVENU - MENSUEL</b>	<i>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.</i> <i>Énumérez vos revenus provenant de toutes sources, y compris l'emploi, les prestations de sécurité sociale, les prestations d'ancien combattant, l'aide publique (assistance temporaire en espèces, bons d'alimentation, etc.), les honoraires professionnels, les loyers, les pensions alimentaires, les intérêts, les dividendes, la retraite, la pension alimentaire, etc.</i>	

Source Source		Net Monthly Amount ("Take Home") Montant mensuel net (après déductions)
Current Employment Emploi actuel	Employer Name: Nom de l'employeur :	\$ \$
Secondary Employment Emploi secondaire	Employer Name: Nom de l'employeur :	\$ \$
Unemployment Assurance-chômage	Type: Type :	\$ \$
Public Assistance Aide publique	Type: Type :	\$ \$
Other (specify) Autre (précisez)	Other: Autre :	\$ \$
Other (specify) Autre (précisez)	Other: Autre :	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ TOTAL MENSUEL : \$	x x	= = ANNUAL TOTAL: \$ TOTAL ANNUEL : \$

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

**LIQUIDITÉS - Solde** *Énumérez toutes les liquidités et tous les équivalents de liquidité qui pourraient être facilement disponibles.*

Description Description	\$ Value Valeur en \$	Description Description	\$ Value Valeur en \$
Cash/Savings Espèces/Épargne	\$ \$	Other (specify) Autre (précisez)	\$ \$
Credit Available Crédit disponible	\$ \$	Other (specify) Autre (précisez)	\$ \$
Total: \$ Total : \$			

**BILLS - Monthly  
FACTURES -  
Mensuelles**

*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.  
Énumérez tous les paiements pour les cartes de crédit, les hypothèques, les prêts, les frais médicaux et autres obligations et dépenses sur une base mensuelle. N'incluez pas les dépenses déjà déduites de votre salaire.*

<b>Paid to:</b> <b>Montant versé à :</b>	<b>\$ Per Month</b> <b>\$ par mois</b>	<b>Paid to:</b> <b>Montant versé à :</b>	<b>\$ Per Month</b> <b>\$ par mois</b>
Rent/Mortgage Loyer/Hypothèque	\$ \$	Transportation (car note, insurance, bus, gas) Transport (prêt auto, assurance, transport public, essence)	\$ \$
Utilities (gas, water, electric, etc.) Services publics (gaz, eau, électricité, etc.)	\$ \$	Medical Bills/Insurance Factures médicales/Assurance	\$ \$
Cell Phone Téléphone cellulaire	\$ \$	Credit Card Bills, Loans, Back Taxes, Liens Factures de carte de crédit, prêts, arriérés d'impôts, charges	\$ \$
Child Day Care Garde d'enfants	\$ \$	Child Support Pension alimentaire	\$ \$
Food/Hygiene (necessities) Nourriture/Hygiène (nécessités)	\$ \$	Other (specify) Autre (précisez)	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ TOTAL MENSUEL : \$		x = x =	ANNUAL TOTAL: \$ TOTAL ANNUEL : \$

Applicant: \_\_\_\_\_

Demandeur : \_\_\_\_\_

Case #(s): \_\_\_\_\_

N° d'affaire(s) : \_\_\_\_\_

Source Source	Annual Total Total annuel	Federal Poverty Guidelines Seuil de pauvreté fédéral	
Income Revenu	\$ \$	Household Size Taille du ménage	
Assets Avoirs	\$ \$	FPG Seuil de pauvreté	\$
Expenses Dépenses	\$ \$	Cost to Hire Coût de représentation	\$
Net Income Revenu net	\$ \$		

**AFFIDAVIT OF INDIGENCY**  
**AFFIDAVIT D'INDIGENCE**

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.

**J'affirme solennellement sous peine de parjure que toutes les informations présentées ci-dessus et toute pièce justificative à l'appui de mon incapacité à engager un avocat privé sont véridiques et exactes à ma connaissance.** En signant ci-dessous, je reconnais que j'ai demandé à être représenté(e) par le Bureau de l'avocat commis d'office, et j'accepte de payer tous les frais applicables en vertu des règlements de l'État du Maryland par le Bureau de l'avocat commis d'office ou tel que requis par la loi de l'État.

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**  
**AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS**

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.

**Tel que permis par le Code du Maryland, Article de la procédure pénale 16-210(e)(3)(i), je consens et autorise par la présente le contrôleur du Maryland à fournir au Bureau du directeur des délégués du Tribunal de première instance (le « Bureau ») ou à son représentant les informations sur le revenu provenant de ma déclaration de revenus du Maryland déposée pour l'année d'imposition précédant immédiatement l'année au cours de laquelle cette autorisation est signée. Je consens et autorise en outre le Bureau ou son représentant à utiliser ces informations sur le revenu dans le seul but de déterminer si je suis admissible aux services du Bureau de l'avocat commis d'office pour m'aider dans une affaire juridique.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date  
Date

**INFORMED CONSENT RELEASE**  
**CONSETEMENT À LA DIVULGATION DES INFORMATIONS**

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.

Comme le permettent le § 8-625(d)(1) de l'article sur le travail du Code annoté du Maryland et les réglementations fédérales en vertu du 20 C.F.R. partie 603, le soussigné renonce à certains droits de confidentialité en signant ce formulaire.

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.  
Ce formulaire de consentement restera en vigueur jusqu'à ce que l'obligation du délégué du Tribunal de première instance de conserver ces dossiers ait pris fin, jusqu'à révocation par le soussigné, ou pendant cinq (5) ans.
3. Please include all other names you have used for the period of time the records are requested:  
Veuillez inclure tous les autres noms que vous avez utilisés pendant la période pour laquelle les dossiers sont demandés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Please provide the undersigned individual's **SOCIAL SECURITY NUMBER**: \_\_\_\_\_  
Veuillez fournir le **NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE** \_\_\_\_\_  
du soussigné :

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.

Le soussigné reconnaît que ce formulaire signé permet l'accès aux informations confidentielles conservées par le Département du travail du Maryland, Division de l'assurance-chômage. Ces informations comprennent l'historique des salaires, l'historique de l'emploi, ainsi que le nombre et le montant des prestations d'assurance-chômage reçues par le soussigné.

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.

Le soussigné consent à ce que le Bureau de l'auxiliaire de justice du tribunal de première instance ou son représentant examine les informations confidentielles, y compris les informations sur les avantages et les salaires gagnés par la personne et signalés par son employeur, aux fins d'évaluer l'admissibilité de la personne aux services d'un avocat commis d'office. La détermination de l'admissibilité du soussigné aux services d'un avocat commis d'office peut aider le soussigné dans une affaire juridique.

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.

Les informations confidentielles seront uniquement divulguées au Bureau du délégué du Tribunal de première instance ou à son représentant. Les informations divulguées conformément à ce consentement seront uniquement utilisées aux fins énoncées dans le présent consentement, à savoir la détermination de l'admissibilité du soussigné à être représenté par le Bureau de l'avocat commis d'office public pour assister le soussigné dans une affaire juridique.

\_\_\_\_\_  
Signature of Consenting Individual (Applicant)  
Signature de la personne donnant le consentement (demandeur)

\_\_\_\_\_  
Date  
Date