



DISTRICT COURT COMMISSIONER
APPLICATION FOR REPRESENTATION BY OFFICE OF PUBLIC DEFENDER
COMISIONADO DEL TRIBUNAL DE DISTRITO
SOLICITUD PARA REPRESENTACIÓN DE LA OFICINA DEL DEFENSOR PÚBLICO

Privileged and Confidential
Privilegiado y con idencial

Judiciary Use Only: Date and Time of Filing _____	CommId: _____	Initials: _____
Para el uso exclusivo del Poder Judicial: Fecha y hora de presentación _____	CommId: _____	Iniciales: _____

I N F O R M A T I O N	Name: _____ Nombre: _____		
	Address: _____ Dirección: _____		
	City: _____	State: _____	Zip: _____
	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
	*Email Address: _____ *Dirección de correo electrónico: _____		
	Contact Telephone Number: _____	DOB: _____	SSN: _____
	Número de teléfono de contacto: _____	Fecha de nacimiento: _____	SSN: _____
	Do you need an Interpreter?: Yes No	Interpreter Language: _____	
	¿Necesita un intérprete? Si No	Idioma del intérprete: _____	
	Race: African-American	Asian	Hispanic
Raza: Afroamericano	Asiático	Hispano	
Native American	Pacific Islander	White	
Americano Nativo	Isleño del Pacífico	Blanco	
Sex: Male Female			
Género: Masculino Femenino			
Area of Law: Circuit District	Juvenile	Child in Need of Assistance (CINA)	
Rama legal: Circuito Distrito	De menores	Niño necesitado de asistencia (CINA)	
Incarcerable Offense: Yes No			
Delito encarcelable: Si No			
Most Serious Charge: _____			
Cargo más grave: _____			
Case Number: _____	Court Date (if set): _____		
Número de caso: _____	Fecha del juicio (si se estableció): _____		

Complete all information below regarding ability to hire a private attorney
Use additional sheets as necessary. Attach proof documents, if available.
Complete toda la información a continuación sobre la capacidad para contratar un abogado privado.
Use hojas adicionales si es necesario. Adjunte documentos de prueba, si están disponibles.

I N G R E S O S	Are you currently employed: Yes No	Self employed	Business Owner
	Tiene empleo actualmente: Si No	Empleo autónomo	Propietario de negocio
	Employer #1		
	Length of Employment: Name: _____		
	Empleador No. 1		
	Duración del empleo: Nombre: _____		
	Address: _____		
	Dirección: _____		
	Contact Name and Number: _____	Net Monthly Earnings \$ _____	
	Nombre y número de contacto: _____	Ganancias mensuales netas \$ _____	
Are you currently employed: Yes No	Self employed	Business Owner	
Tiene empleo actualmente: Si No	Empleo autónomo	Propietario de negocio	
Employer #2			
Length of Employment: Name: _____			
Empleador No. 2			
Duración del empleo: Nombre: _____			
Address: _____			
Dirección: _____			
Contact Name and Number: _____	Net Monthly Earnings \$ _____		
Nombre y número de contacto: _____	Ganancias mensuales netas \$ _____		
Total Net Monthly Earnings \$ _____			
Total de ganancias mensuales netas \$ _____			
OTHER INCOME - Monthly <i>List other income from all sources, including: social security and veterans' benefits, public assistance, professional fees, rents, alimony, interest, dividends, retirement and other.</i>			
OTROS INGREOS - Mensual <i>Haga un listado de todas las fuentes de ingreso, incluidos beneficios de seguridad social y para veteranos, asistencia pública, honorarios profesionales, rentas, pensión alimenticia, intereses, dividendos, jubilación y otros.</i>			
Source:	\$ Per Month		
Fuente:	\$ por mes		
_____	\$ _____		
_____	\$ _____		
_____	\$ _____		
_____	\$ _____		
_____	\$ _____		
_____	\$ _____		
		Total Other Income \$ _____	
		Total de otros ingresos \$ _____	
		Total Net Monthly Income (A) \$ _____	
		Total de ingreso mensual neto (A) \$ _____	
Family Size - total number, including self _____			
Tamaño de familia: número total, incluido uno mismo _____			

Complete all information below regarding ability to hire a private attorney
Use additional sheets as necessary. Attach proof documents, if available.
 Complete toda la información a continuación sobre la capacidad para contratar un abogado privado.
 Use hojas adicionales si es necesario. Adjunte documentos de prueba, si están disponibles.

E X P E N S E S	OBLIGATIONS/EXPENSES - Monthly List all payments for credit cards, mortgages, loans, medical expenses and other obligations and expenses on a monthly basis.		OBLIGACIONES/GASTOS - Mensualmente Enumere todos los pagos de tarjetas de crédito, hipotecas, préstamos, gastos médicos y otras obligaciones y gastos mensuales.	
	Paid To:	\$ Per Month	Child Support: List all children that you support and \$ support provided monthly.	\$ Per Month
	Pagado a:	\$ por mes	Manutención infantil: Enumere todos los niños que usted mantiene y \$ manutención proporcionada mensualmente.	\$ por mes
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
Total Obligations/Expenses (B) \$ _____				
Obligaciones/Gastos totales (B) \$ _____				
Monthly Disposable Income (A - B) \$ _____				
Ingreso mensual disponible (A - B) \$ _____				

A C T I V O S	LIQUID ASSETS - Balance List all cash, savings, stocks, bonds, available credit and other valuable property that is readily liquidated, including balances held in retirement accounts.		ACTIVOS LÍQUIDOS - Saldo Enumere todo el efectivo, ahorros, acciones, bonos, crédito disponible y otro bien de valor que se liquide fácilmente, incluidos los saldos mantenidos en sus cuentas de jubilación.	
	Description:	\$ Value	Description:	\$ Value
	Descripción:	\$ Valor	Descripción:	\$ Valor
	Cash/Savings (net of bail)	\$	Other -	\$
	Efectivo/Ahorros (neto sin fianza)	\$	Otro -	\$
	Credit Available - Card(s)	\$	Other -	\$
Crédito disponible - Tarjeta/s	\$	Otro -	\$	
Line of Credit - Bank	\$	Other -	\$	
Línea de crédito - Banco	\$	Otro -	\$	
Stock(s) and Bond(s)	\$	Other -	\$	
Acción/es y Bono/s	\$	Otro -	\$	
Total Liquid Assets \$ _____				
Total de activos líquidos \$ _____				
Monthly Disposable Income (A - B) PLUS Liquid Assets \$ _____				
Ingreso mensual disponible (A - B) MÁS activos líquidos \$ _____				
Are Total Disposable Income PLUS Liquid Assets less than or equal to cost for private counsel in this matter? ¿El ingreso total disponible MÁS los activos líquidos es menor que o igual al costo por asesoría privada en este caso?		No; STOP Client is not qualified Yes No; DETÉNGASE El cliente no está calificado Si		

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 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.

Yo, declaro solemnemente bajo pena de perjurio que todo 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 representación 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.

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 Executive 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. *By providing your email address you agree to allow the Maryland Judiciary to contact you by email in regards to your application and qualification decision.

Según lo permitido por el Código de MD, artículo del procedimiento penal 16-210 (e)(3)(i), autorizo por el presente que el Contralor de Maryland proporcione a la Oficina del Director Ejecutivo de los Comisionados del Tribunal de Distrito ("La Oficina") o a su designado para que utilice dicha 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.

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta permitir que el Poder Judicial de Maryland se comunice con usted por correo electrónico con respecto a lo que se decida sobre su solicitud y calificación.

Signature of Applicant Firma del solicitante	Date Fecha
Qualification Decision: Provisional Eligible (FPG) Eligible (OTH) Ineligible Decisión de calificación: Provisorio Elegible (FPG) Elegible (OTH) Inelegible	
District Court Commissioner/Judicial Officer ID No. Comisionado del tribunal de distrito/Funcionario judicial Número de identificación	Date Fecha