



**FINANCIAL QUESTIONNAIRE TO ESTABLISH INDIGENCY - MUNICIPAL COURTS**

**CUESTIONARIO SOBRE SU SITUACIÓN ECONÓMICA PARA ESTABLECER LA INDIGENCIA-JUZGADOS MUNICIPALES**



**PART I - GENERAL INFORMATION  
PARTE I - INFORMACIÓN GENERAL**

APPLICATION BY:  DEFENDANT ACUSADO  
SOLICITANTE:

PARENT OR GUARDIAN IF DEFENDANT IS UNDER 18 OR INCOMPETENT  
PADRE, MADRE O TUTOR SI EL ACUSADO ES MENOR DE 18 AÑOS O INCOMPETENTE

FOR:  INDIGENT DEFENSE SERVICES\*  
PARA: SERVICIOS PARA LA DEFENSA DE PERSONAS INDIGENTES\*

INSTALLMENT PAYMENT OF FINES / PENALTIES  
PAGO DE MULTAS/PENALIDADES A PLAZOS

\*NOTE: IF YOU ARE APPLYING FOR INDIGENT DEFENSE SERVICES, YOU MAY BE CHARGED WITH AN APPLICATION FEE.  
\*NOTA: SI UD. ESTÁ SOLICITANDO SERVICIOS PARA LA DEFENSA DE PERSONAS INDIGENTES, ES POSIBLE QUE SE LE IMPONGA UN CARGO POR LA SOLICITUD.

ARE YOU RECEIVING WELFARE OR PARTICIPATING IN ANOTHER GOVERNMENT BASED INCOME MAINTENANCE PROGRAM? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No ¿RECIBE UD. ASISTENCIA PÚBLICA O PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA GUBERNAMENTAL DE MANTENIMIENTO DE INGRESOS?	ARE YOU ONLY COMPLETING THIS FORM FOR INSTALLMENT PAYMENTS OF YOUR FINE? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No ¿ESTÁ UD. COMPLETANDO ESTE FORMULARIO SOLAMENTE PARA PODER PAGAR SU MULTA A PLAZOS?	ARE YOU ONLY CHARGED WITH TRAFFIC OR PARKING OFFENSES? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No ¿ESTÁ UD. ACUSADO SOLAMENTE DE INFRACCIONES DE TRÁNSITO O ESTACIONAMIENTO?
--	--	---

■ IF YOU ANSWERED "YES" TO ALL OF THE ABOVE 3 QUESTIONS, GO TO PART VI AND COMPLETE CERTIFICATION.  
■ SI CONTESTÓ QUE SÍ A LAS TRES PREGUNTAS ANTERIORES, PASE A LA PARTE VI Y COMPLETE LA CERTIFICACIÓN.

COMPLAINT NUMBER(S) NÚMERO DE DENUNCIA (O DENUNCIAS)	NUMBER OF CO-DEFENDANTS NÚMERO DE COACUSADOS
---	---

CHARGES  
CARGOS

LAST NAME APELLIDO	FIRST NAME NOMBRE	MIDDLE INITIAL INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	EYE COLOR COLOR DE OJOS	<input type="checkbox"/> Male Hombre <input type="checkbox"/> Female Mujer	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO / /
-----------------------	----------------------	--	----------------------------	---	---

SOCIAL SECURITY NUMBER NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	DRIVER'S LICENSE NUMBER NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	STATE ESTADO
---	---	-----------------

HOME STREET ADDRESS DIRECCIÓN DE SU RESIDENCIA	CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL
HOME PHONE NUMBER TELÉFONO DE SU RESIDENCIA ( ) -		HOW LONG AT THE ABOVE ADDRESS? ¿CUÁNTO TIEMPO VIVE EN ESA DIRECCIÓN?	

MARITAL STATUS ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Married Casado <input type="checkbox"/> Single Soltero <input type="checkbox"/> Widowed Viudo <input type="checkbox"/> Separated Separado <input type="checkbox"/> Divorced Divorciado	NUMBER OF THOSE YOU SUPPORT (Children or other family members) NÚMERO DE PERSONAS A QUIENES MANTIENE (Hijos u otros miembros de su familia)	WHICH INCOME TAX RETURNS DID YOU FILE LAST YEAR? ¿QUÉ DECLARACIONES DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA PRESENTÓ EL AÑO PASADO? <input type="checkbox"/> Federal Federal <input type="checkbox"/> State Estatal <input type="checkbox"/> None Ninguna
--	---	--

HAVE YOU POSTED BAIL FOR THIS CHARGE? ¿HA PAGADO FIANZA POR ESTE CARGO? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	NAME AND ADDRESS OF BAIL BOND AGENCY OR PERSON WHO POSTED BAIL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA QUE GARANTIZÓ LA FIANZA O LA PERSONA QUE LA PAGÓ	AMOUNT POSTED CANTIDAD QUE SE PAGÓ \$
---	---	---

The courthouse is accessible to those with disabilities. Please notify the court if you will require assistance.  
Los tribunales tienen acceso para los incapacitados. Por favor notifique al tribunal si usted está incapacitado y necesitará alguna asistencia.

**PART II - EMPLOYMENT HISTORY**  
**PARTE II - HISTORIAL DE TRABAJO**

ARE YOU NOW EMPLOYED? ¿TRABAJA ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	IF YES, LENGTH OF EMPLOYMENT SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO TIEMPO HACE? _____	CURRENT EMPLOYER, IF EMPLOYED; IF UNEMPLOYED, LAST EMPLOYER AND DATE LAST EMPLOYED SI TRABAJA, LUGAR DONDE TRABAJA ACTUALMENTE; SI ESTÁ DESEMPLEADO, NOMBRE DEL ÚLTIMO LUGAR DONDE TRABAJÓ Y LA ÚLTIMA FECHA EN QUE TRABAJÓ _____
EMPLOYER'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____	PHONE NUMBER NÚMERO DE TELÉFONO (     )     -     _____	POSITION HELD PUESTO QUE OCUPA O OCUPÓ _____

**PART III - INCOME AND ASSETS (include all assets you own by yourself or with someone else)**  
**PARTE III - INGRESOS Y BIENES (incluya todos los bienes que son solamente suyos o que comparte con otra persona)**

GROSS WAGES (before all deductions for taxes, etc.) SUELDO BRUTO (antes de las deducciones de impuestos, etc.) \$ _____	PER POR <input type="checkbox"/> Week Semana <input type="checkbox"/> 2 Weeks Quincena <input type="checkbox"/> Month Mes	OTHER INCOME RECEIVED MONTHLY (for example: welfare, social security, unemployment compensation, worker's comp, disability pension) OTROS INGRESOS QUE RECIBE POR MES (por ejemplo: asistencia pública, seguro social, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes de trabajo, pensión por incapacidad) \$ _____		
DO YOU RECEIVE ALIMONY OR CHILD SUPPORT? ¿RECIBE UD. PENSIÓN ALIMENTICIA O MANUTENCIÓN DE MENORES? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	BY COURT ORDER? ¿POR ORDEN JUDICIAL? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	AMOUNT RECEIVED MONTHLY CANTIDAD QUE RECIBE POR MES \$ _____		
DO ANYONE CONTRIBUTE TO THE PAYMENT OF YOUR EXPENSES? ¿CONTRIBUYE ALGUIEN AL PAGO DE SUS GASTOS? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	IF YES, WHO? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? _____	TOTAL AMOUNT CONTRIBUTED MONTHLY CANTIDAD TOTAL QUE CONTRIBUYE POR MES \$ _____	MONTHLY INCOME - ALL SOURCES INGRESOS MENSUALES TOTALES - DE TODAS LAS FUENTES \$ _____	
CHECKING ACCOUNT: BANK CUENTA CORRIENTE: BANCO _____	ACCOUNT NUMBER NÚMERO DE CUENTA _____	BALANCE SALDO \$ _____		
SAVINGS ACCOUNT: BANK CUENTA DE AHORROS: BANCO _____	ACCOUNT NUMBER NÚMERO DE CUENTA _____	BALANCE SALDO \$ _____		
OTHER CASH AVAILABLE OTRO DINERO EN EFECTIVO DE QUE DISPONE _____		AMOUNT CANTIDAD \$ _____		
REAL ESTATE OWNED? ¿TIENE BIENES RAÍCES? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	ADDRESS DIRECCIÓN Describe Describalos _____	ADDRESS DIRECCIÓN Describe Describalos _____	CURRENT VALUE VALOR ACTUAL \$ _____	
VEHICLE / VESSEL VEHÍCULO / EMBARCACIÓN <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Truck <input type="checkbox"/> Motorcycle <input type="checkbox"/> Moped <input type="checkbox"/> Boat <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Mopéd <input type="checkbox"/> Barco	YEAR AÑO _____	MAKE MARCA _____	MODEL MODELO _____	CURRENT VALUE VALOR ACTUAL \$ _____
OTHER PERSONAL PROPERTY? ¿OTROS BIENES PERSONALES? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	ITEM ARTÍCULO Describe Describalos _____		CURRENT VALUE VALOR ACTUAL \$ _____	
			TOTAL ASSETS VALOR TOTAL DE BIENES \$ _____	

**PART IV - EXPENSES AND LIABILITIES**  
**PARTE IV - GASTOS Y OBLIGACIONES**

DO YOU HAVE A MORTGAGE? ¿TIENE HIPOTECA? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	DO YOU PAY RENT? ¿PAGA ALQUILER? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	DO YOU LIVE IN A HALFWAY HOUSE? ¿VIVE EN UN HOGAR DE TRANSICIÓN? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No	MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL \$ _____	BALANCE OWED SALDO PENDIENTE \$ _____	
DO YOU HAVE OUTSTANDING LOAN(S) (CAR, HOME, PERSONAL, ETC.)? ¿TIENE PRÉSTAMOS PENDIENTES (AUTO, VIVIENDA, PERSONAL, ETC.)? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No			TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL \$ _____	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE \$ _____	
DO YOU OWE INSURANCE PREMIUMS AND / OR SURCHARGES? ¿DEBE DINERO POR PRIMAS O RECARGOS DE SEGUROS? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No			TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL \$ _____	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE \$ _____	
DO YOU OWE MEDICAL EXPENSES - DOCTOR / HOSPITAL / OTHER? ¿DEBE DINERO POR GASTOS MÉDICOS - MÉDICO/HOSPITAL/OTRO? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No			TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL \$ _____	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE \$ _____	
DO YOU OWE CREDIT CARD BALANCES? ¿TIENE SALDOS PENDIENTES EN TARJETAS DE CRÉDITO? <input type="checkbox"/> Yes / SI <input type="checkbox"/> No / No			CREDIT LIMIT LÍMITE DE CRÉDITO \$ _____	TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL \$ _____	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE \$ _____

DO YOU OWE COURT FINES / PENALTIES / COSTS? ¿DEBE MULTAS/PENALIDADES/COSTAS JUDICIALES?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE
			\$	\$
ARE YOU REQUIRED TO PAY CHILD SUPPORT AND / OR ALIMONY? ¿SE REQUIERE QUE PAGUE MANUTENCIÓN DE MENORES O PENSIÓN ALIMENTICIA?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE
			\$	\$
DO YOU PAY FOR LIVING EXPENSES (FOOD, CLOTHING, UTILITIES, TRANSPORTATION, ETC.)? ¿PAGA GASTOS DE SUBSISTENCIA (ALIMENTOS, ROPA, SERVICIOS PUBLICOS, TRANSPORTE, ETC.)?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	MONTHLY AMOUNT CANTIDAD MENSUAL	LIVING EXPENSES OWED DEUDA PENDIENTE POR GASTOS DE SUBSISTENCIA
			\$	\$
DO YOU OWE MONEY FOR ATTORNEY FEES? ¿DEBE DINERO POR HONORARIOS DE ABOGADOS?		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL	TOTAL BALANCE OWED SALDO TOTAL PENDIENTE
			\$	\$
<b>TOTAL LIABILITIES</b> <b>TOTAL DE LAS OBLIGACIONES</b>			TOTAL MONTHLY PAYMENT PAGO MENSUAL TOTAL	TOTAL LIABILITIES TOTAL DE LAS OBLIGACIONES
			\$	\$
<b>TOTAL NET WORTH</b> <b>VALOR NETO DE SU PATRIMONIO</b>	<b>TOTAL ASSETS</b> <b>VALOR TOTAL DE BIENES</b>	-	<b>TOTAL LIABILITIES</b> <b>OBLIGACIONES TOTALES</b>	=
\$	\$		\$	\$

**PART V - ATTORNEY INFORMATION**  
**PARTE V - INFORMACIÓN SOBRE EL ABOGADO**

CAN YOU AFFORD TO PAY FOR AN ATTORNEY? ¿CUENTA CON LOS RECURSOS PARA PAGAR A UN ABOGADO?	IF YES, HOW MUCH? SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO?	CAN PARENTS, GUARDIANS, RELATIVES OR FRIENDS HELP YOU PAY FOR AN ATTORNEY? ¿SUS PADRES, TUTORES, PARIENTES O AMIGOS LE PUEDEN AYUDAR A PAGAR A UN ABOGADO?	DID A PRIVATE ATTORNEY EVER REPRESENT YOU? ¿HA ESTADO REPRESENTADO POR UN ABOGADO PARTICULAR ALGUNA VEZ?
<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	\$	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No
NAME OF ATTORNEY NOMBRE Y APELLIDO DEL ABOGADO	ADDRESS DIRECCIÓN	PHONE NUMBER NÚMERO DE TELÉFONO	

WHO PAID FOR ATTORNEY? ¿QUIÉN PAGÓ AL ABOGADO?	AMOUNT PAID CANTIDAD QUE SE LE PAGÓ
	\$

**PART VI - AUTHORIZATION**  
**PARTE VI - AUTORIZACIÓN**

I AUTHORIZE THE COURT OR THE ADMINISTRATIVE OFFICE OF THE COURTS TO CONDUCT SUCH INVESTIGATION AS MAY BE NECESSARY TO VERIFY MY FINANCIAL STATUS, WHICH MAY INCLUDE BUT MAY NOT BE LIMITED TO A REVIEW OF MY CREDIT HISTORY, STATE AND/OR FEDERAL INCOME TAX RETURNS, WAGE RECORDS, BANK ACCOUNTS AND OTHER FINANCIAL INSTITUTION RECORDS.

AUTORIZO AL TRIBUNAL O A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LOS TRIBUNALES A REALIZAR CUALQUIER INVESTIGACIÓN QUE SEA NECESARIA PARA VERIFICAR MI SITUACIÓN ECONÓMICA, QUE PODRÁ INCLUIR PERO NO ESTAR LIMITADA A UN ESTUDIO DE MI HISTORIAL DE CRÉDITO, DECLARACIONES DE IMPUESTOS ESTATALES Y FEDERALES, HISTORIAL DE SUELDOS, CUENTAS BANCARIAS Y REGISTROS DE OTRAS ENTIDADES FINANCIERAS.

SIGNATURE FIRMA	DATE FECHA	WITNESS, NAME AND POSITION TESTIGO, NOMBRE Y APELLIDO, PUESTO	DATE FECHA
--------------------	---------------	--	---------------

**PART VII - CERTIFICATION PURSUANT TO NEW JERSEY COURT RULE 1:4-4(b)**  
**PARTE VII - CERTIFICACIÓN CONFORME A LA REGLA JUDICIAL 1:4-4(b) DE NUEVA JERSEY**

I CERTIFY THAT THE FOREGOING STATEMENTS MADE BY ME ARE TRUE. I AM AWARE AND UNDERSTAND THAT IF ANY OF THE FOREGOING STATEMENTS MADE BY ME ARE WILFULLY FALSE, I AM SUBJECT TO PUNISHMENT.

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CIERTAS. SÉ Y ENTIENDO QUE SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES HECHAS POR MÍ ES INTENCIONALMENTE FALSA, PUEDO SER CASTIGADO.

SIGNATURE FIRMA	DATE FECHA
--------------------	---------------