

FORMULARIO DE CAPACIDAD DE PAGO

La Defensoría Pública del Estado (SPD) se reserva el derecho de devolver cualquier formulario que no contenga información completa o cuya información sea inconsistente con la del formulario electrónico procesado por la oficina local/regional de la SPD. Este formulario debe enviarse por correo a la Defensoría Pública del Estado de Wisconsin, Apartado Postal 7923, Madison, WI 53707, y ser recibido por esta antes de la fecha límite de prepago.

Si paga los honorarios de su defensor público antes de la fecha límite, no es necesario que complete este formulario. ¿Tiene dudas? Llame al 1-800-445-2230

Nombre del cliente	Apellido del cliente	Fecha de nacimiento
Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social XXX – XX – _____	Número de ID de SPD	Número de DOC (si está encarcelado)
Dirección/apartado de correos del cliente	Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono

1) INGRESOS/BENEFICIOS DEL CLIENTE

Ingresa el monto recibido solo por un (1) mes O un período de cuatro (4) semanas.

a) Beneficios del programa del cliente, si los hubiere, recibidos: (Marque todo lo que corresponda) ☐ W-2 ☐ SSI ☐ SSI-E ☐ SSDI ☐ TANF ☐ Fondo general	\$
b) Ingresos del cliente distintos o adicionales a los beneficios que se enumeran arriba en 1.a.	
Ingreso mensual bruto antes de impuestos	\$
Empleador	Nombre: Teléfono:
Compensación por desempleo	Semanal: \$ Cantidad de semanas restantes:
Otro: (Marque todo lo que corresponda) ☐ Jubilación del Seguro Social ☐ Pensión de veteranos ☐ Pensión de retiro ☐ Pagos de mantenimiento ☐ Manutención infantil recibida	Total mensual: \$
c) Si el solicitante vive en una institución, un hogar de ancianos, un ambiente protegido o sus ingresos los maneja un beneficiario, indique SOLO la cantidad que recibe el solicitante.	\$

2) INGRESOS/BENEFICIOS DEL CÓNYUGE

Ingresa el monto recibido solo por un (1) mes O un período de cuatro (4) semanas.

El solicitante es:	
Casado/a	☐ Si la respuesta es Casado/a, pase a la pregunta 2
Soltero/a	☐ Si la respuesta es Soltero/a, omita la pregunta 2 y pase a la pregunta 3
a) Beneficios del programa del cónyuge, si los hubiere, recibidos: (Marque todo lo que corresponda) ☐ W-2 ☐ SSI ☐ SSI-E ☐ SSDI ☐ TANF ☐ Fondo general	\$
b) Ingresos del cónyuge distintos o adicionales a los beneficios que se enumeran arriba en 1.a.	
Ingreso mensual bruto antes de impuestos	\$
Empleador	Nombre: Teléfono:
Compensación por desempleo	Semanal: \$ Cantidad de semanas restantes:
Otro: (Marque todo lo que corresponda) ☐ Jubilación del Seguro Social ☐ Pensión de veteranos ☐ Pensión de retiro ☐ Pagos de mantenimiento ☐ Manutención infantil recibida	Total mensual: \$
c) Si el cónyuge vive en una institución, un hogar de ancianos, un ambiente protegido o sus ingresos los maneja un beneficiario, indique SOLO la cantidad que recibe el cónyuge.	\$

3) BIENES

Enumere solo aquellos bienes que le pertenecen a usted y, si corresponde, a su cónyuge.

Dinero en efectivo	\$
Cuenta de ahorros, cuenta corriente, fondo fiduciario	\$
Dinero que se le debe a usted o a su cónyuge (esperado en las próximas 4 semanas, como una declaración de impuestos)	\$
Dinero de fianza pagado por el cliente/cónyuge del cliente por delito actual	\$
Cuentas de jubilación, compensación diferida	\$
Otros fondos, explique:	\$

4) BIENESADICIONALES

Incluya solo aquellos activos valuados en \$100 o más.

	Descripción	Valor de mercado	Saldo del préstamo/hipoteca	Prestador	Valor neto (Valor de mercado - Préstamo/hipoteca)
Bienes raíces: terrenos y vivienda					
Vehículos: automóvil, barco, vehículo todo terreno, motocicleta, moto de nieve, etc.					
Otros objetos de valor: teléfono celular, electrónica, artículos deportivos/coleccionables, computadora, joyería, etc.					

5) INFORMACIÓNDEL HOGAR

Cuéntese únicamente a usted mismo, a su cónyuge y a todos los hijos dependientes que vivan con usted.

No incluya a ningún niño por quien esté pagando manutención, a menos que un tribunal haya emitido una orden que le permita reclamarlos.

Incluya a su hijo por nacer si usted o su cónyuge tienen más de siete meses de embarazo.

Nombre	Apellido	Edad	Relación
			YO
			CÓNYUGE
			HIJO/A
			HIJO/A
			HIJO/A
			HIJO/A
			HIJO/A
			HIJO/A
Tamaño total de la familia			

Certifico que esta declaración financiera es veraz según mi leal saber y entender. Me comprometo a informar por escrito al Departamento de Policía de Wisconsin (SPD) sobre cualquier cambio en mi información de contacto, incluyendo mi domicilio registrado, ingresos o patrimonio, tan pronto como tenga conocimiento del mismo. El SPD podría solicitarle que proporcione voluntariamente su número de seguro social. Este número podrá ser proporcionado a otras personas u organizaciones únicamente para verificar la información financiera y para ayudar en el cobro de las deudas contraídas con el SPD. Entiendo que el SPD de Wisconsin podrá contactar a otras personas u organizaciones para obtener cualquier comprobante necesario de la información proporcionada en este documento, y autorizo la divulgación de dicha información.

El SPD puede pedir una nueva solicitud y una recertificación de su capacidad de pago anualmente. Si usted no vuelve a presentar la solicitud, SPD no lo recertifica o usted no devuelve la solicitud requerida antes de la fecha designada, CUALQUIER caso abierto/antiguo con un saldo adeudado se enviará a cobranzas independientemente del estado anterior de la cuenta.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

Si alguien completa este formulario en nombre del cliente, esa persona debe firmar aquí:

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

RELACIÓN

FECHA

SPD Office Use Only				
Date Processed:	Income:	Form Returned:		
Processed By:	Cost of Living:	Completion	Vehicle	Other Asset
Result:		Real Estate	Job	In Collections