

**EN EL TRIBUNAL MUNICIPAL DE CLEVELAND
CONDADO DE CUYAHOGA, OHIO**

Parte solicitante

____/____/____
Fecha de nacimiento Sexo Raza

____/____/____
Número de Seguro Social

)
) No. de la causa _____
)

) **SOLICITUD DE CANCELACIÓN DEL
EXPEDIENTE DE ARRESTO CONFORME AL
ARTÍCULO 2953.52 DEL CÓDIGO REVISADO
CON DECLARACIÓN JURADA DE POBREZA**
)
)

La parte solicitante le pide al Juez que ordene la cancelación del expediente del arresto de la parte solicitante.

El día _____, fui arrestado(a) por el Departamento de Policía de Cleveland o por _____
(Fecha) (Entidad que realizó el arresto)

por el cargo de: _____.

Salí en libertad de la dependencia policial sin que se promovieran cargos en mi contra. No se requirió que compareciera al tribunal y el gran jurado no celebró una audiencia en mi caso. Por lo tanto, solicito que el expediente del arresto indicado anteriormente quede cancelado y que se considere como que el arresto nunca ocurrió y que quede exento del pago del costo del trámite.

Nombre de la parte solicitante (en letra de molde)

Nombre del abogado en letra de molde (si procede)

Firma de la parte solicitante
(en caso de representación propia)

Firma del abogado (si procede)

Dirección postal de la parte solicitante

Número de licencia de abogado (si procede)

Ciudad, estado y código postal de la parte solicitante

Teléfono del abogado (si procede)

Teléfono de la parte solicitante
(en caso de representación propia)

Dirección de correo electrónico del abogado

Dirección de correo electrónico de la parte solicitante

CONSTANCIA DE ENTREGA

En el día ____ de _____ de 20____, por parte de este tribunal se efectuó el traslado de ley de una copia de la presente solicitud a la oficina del fiscal de _____.

Firma de la parte solicitante o del abogado (si procede)

EN EL TRIBUNAL MUNICIPAL DE CLEVELAND
CONDADO DE CUYAHOGA, OHIO

)	CAUSA NUMERO
)	
Demandante,)	JUEZ
)	
Contra)	
)	<u>DIVULGACIÓN FINANCIERA /</u>
)	<u>AFFIDAVIT Y ORDEN DE EXENCIÓN</u>
Parte acusada.)	<u>DE TARIFA</u>

Comparece la parte solicitante nombrada a continuación quien solicita que el Juez determine que es un litigante indigente y que conceda una exención al pre-pago del costo o la tarifa en la causa de epígrafe. La parte solicitante presenta la siguiente información para respaldar dicho pedimento.

Información personal	
Primer nombre de la parte solicitante	Apellido de la parte solicitante
Fecha de nacimiento de la parte solicitante	Los últimos 4 dígitos del número de seguro social de la parte solicitante
Dirección de la parte solicitante	

Otras personas quienes residen en su hogar			
Primer nombre	Apellido	¿Tiene menos 18 años esta persona?	Relación [Conyugue o Hijo(a)]
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Beneficios públicos
Recibo los siguientes beneficios públicos y mi ingreso bruto, lo que incluye los beneficios en efectivo indicados a continuación, no excede el 187.5% de lo indicado en las pautas de pobreza federales.
Coloque una "X" al lado de los beneficios que usted recibe.
<i>Ohio Works First</i> ¹ : Ingreso de Seguro Social (SSI) ² : ___ <i>Medicaid</i> ³ : ___
Beneficio de pensión de veteranos ⁴ : ___ SNAP / Cupones para alimentos ⁵ : ___

Ingreso mensual			
NO puedo acceder a los ingresos de mi conyugue <input type="checkbox"/>			
	Solicitante	Conyugue (Si vive en el hogar)	Total del ingreso mensual
Ingreso bruto mensual de empleo, lo que incluye ingreso de auto-empleo (antes de los impuestos)	\$	\$	\$
Desempleo, Compensación de Trabajadores, Manutención de Cónyuge (si se recibe)	\$	\$	\$
TOTAL DEL INGRESO MENSUAL			\$

Bienes Muebles			
Tipo de Bienes		Valor Estimado	
Efectivo a la mano		\$	
Efectivo disponible en cuenta de cheque, de ahorros, del mercado monetario (<i>Money Market</i>)		\$	
Acciones, Bonos, Certificados de Depósito (<i>CD</i>)		\$	
Otros bienes muebles		\$	
Total de bienes muebles		\$	
Gastos Mensuales			
Columna A		Columna B	
Tipo de gasto	Cantidad	Tipo de gasto	Cantidad
Alquiler / Hipoteca / Inpuesto de Propiedad / Seguro	\$	Seguro (medico, dental, de auto, etc.)	\$
Alimento / Productos de papel /Productos de limpieza /Productos higiénicos	\$	Manutención de niños o de conyugue que usted paga	\$
Servicios públicos (calefacción, gas, eléctrico, agua / alcantarillado, recolección de basura)	\$	Gastos médicos / dentales o costos asociados con el cuidado de un miembro de la familia enfermo o discapacitado	\$
Transportación / gas	\$	Tarjeta de crédito, otros prestamos	\$
Teléfono	\$	Impuestos retenidos o debidos	\$
Cuidado Infantil	\$	Otro (ej. embargos)	\$
Total de los gastos en la Columna A	\$	Total de los gastos en la Columna B	\$
TOTAL DE LOS GASTOS MENSUALES (Columna A + Columna B)			

Yo, _____, por la presente, certifico que la información que he provisto en
(Nombre en letra de molde)

esta formulario de divulgación financiera es veras a mi leal saber y entender, y que no puedo pre-pagar el costo o tarifa en esta causa.

Firma

AGENTE CERTIFICADOR:

Jurado ante me y firmado en mi presencia este _____ di de _____, 20____,

en el Condado _____ de Ohio.

Agente Certificador (Firma)

Agente Certificador (Letra de molde)

Mi comisión vence: _____

Si hay alguien disponible debidamente autorizado para tomar este juramento en la oficina del Secretario del Tribunal lo hará sin costo al Solicitante.

ORDEN

- En cuanto al pedimento de la parte Solicitante luego del reviso del Juez, el Juez determina que el parte Solicitante **ES** un litigante indigente y le **CONCEDE** una exención al pre-pago del costo o la tarifa en este asunto. Al cursar una acción, un pedimento o una diligencia y el affidavit de indigencia, el secretario del tribunal aceptara la acción, el pedimento o la diligencia para archivarla.

- En cuanto al pedimento de la parte Solicitante luego del reviso del Juez, el Juez determina que el parte Solicitante **NO ES** un litigante indigente y le **NIEGA** una exención al pre-pago del costo o la tarifa en este asunto. A la parte solicitante se le concede un plazo de treinta (30) días para cumplir el pago adelantado de del depósito. Falta de cumplir el pago durante plazo de tiempo indicado resultara en la denegación de la solicitud de la parte Solicitante.

ASI ESTA ORDENADO

Juez / Juez Auxiliar

Fecha

POR FAVOR LLENE LA VERSIÓN EN INGLÉS DE ESTE FORMULARIO