



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE COLUMBIA
500 Indiana Avenue, NW, Washington, DC 20001
(202) 879-1010 | www.dccourts.gov

Nombre del caso: _____ Número de caso: _____

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE COSTOS Y HONORARIOS JUDICIALES

Esta solicitud y cualquier información financiera se tratarán de forma confidencial, excepto para el Tribunal, el personal autorizado del Tribunal, el solicitante y las personas autorizadas por el solicitante o según lo ordenado por el Tribunal.

Yo, _____ soy el: (marque una opción)
 (Su nombre)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demandante/Peticionario | <input type="checkbox"/> Solicitante |
| <input type="checkbox"/> Demandado/Acusado | <input type="checkbox"/> Interviniente/Interviniente propuesto |
| <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Solicito respetuosamente que no se me exija el pago de los honorarios judiciales en este caso por la(s) siguiente(s) razón(es):

1. Yo, o la persona a mi cargo, recibimos ayuda económica de uno o varios de los siguientes programas: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de subsidios y vales para guarderías | <input type="checkbox"/> Viviendas públicas |
| <input type="checkbox"/> Programa piloto para cuidadores de familiares cercanos (CRCP) | <input type="checkbox"/> Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB) |
| <input type="checkbox"/> Atención domiciliaria para veteranos sin hogar (DCHV) | <input type="checkbox"/> Programa de realojamiento rápido (RRH), incluidos Flex y CareerMap |
| <input type="checkbox"/> Comidas gratuitas y a precio reducido (FARM) | <input type="checkbox"/> Programa de viviendas de apoyo para ancianos de la Sección 202 |
| <input type="checkbox"/> Asistencia general para niños (GAC) | <input type="checkbox"/> Programa de viviendas para personas con discapacidad de la Sección 811 |
| <input type="checkbox"/> Programa para abuelos cuidadores (GCP) | <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad de la Seguridad Social (SSDI) |
| <input type="checkbox"/> Programa Head Start | <input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, lactantes y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Atención sanitaria para veteranos sin hogar (HCHV) | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa de subvenciones de vivienda | <input type="checkbox"/> Seguridad de ingreso suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Programa de servicios de empleo comunitario para veteranos sin hogar (HVCES) | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo para las familias de veteranos (SSVF) |
| <input type="checkbox"/> Programa de vales de elección de vivienda (HCVP) | <input type="checkbox"/> Viviendas asequibles específicas (TAH) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia provisional por discapacidad (IDA) | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Departamento de Vivienda y Asuntos Urbanos de EE. UU. - Programa de viviendas de apoyo para veteranos (HUD-VASH) |
| <input type="checkbox"/> Programa local de ayudas con el alquiler de vivienda (LRSP) | <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Programa Medicaid o D.C. HealthCare Alliance | <input type="checkbox"/> Pensiones de veteranos o pensiones a cónyuges e hijos supervivientes |
| <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente (PSH) | |
| <input type="checkbox"/> Programa de trabajo, empleo y responsabilidad (POWER) | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de alquiler basada en proyectos de la Sección 8 | |

(Si marcó alguna de las casillas de la pregunta 1, DETÉNGASE y no responda desde la pregunta 2 hasta la 9. Vaya directamente a la sección de Declaración de la página 3. Si no ha marcado ninguna de las casillas de la pregunta 1, continúe con la pregunta 2).

2. **Estoy representado gratuitamente por una organización de servicios legales u otra organización sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es prestar servicios legales a clientes con bajos ingresos, o por una clínica jurídica gestionada por una facultad de Derecho ubicada en el Distrito de Columbia que presta servicios legales a clientes con bajos ingresos.** (Véase en el Apéndice la lista de organizaciones y facultades de Derecho).

Sí. Nombre de la organización: _____

(Si respondió con un Sí a la pregunta 2, DETÉNGASE y no responda desde la pregunta 3 hasta la 9. En su lugar, vaya directamente a la sección de Declaración de la página 3).

No (si respondió con un No, responda la pregunta 3).

3. **Creo que mis ingresos mensuales después de impuestos no superan el 200 % de los niveles federales de pobreza publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** (Véase el Apéndice).

Sí. Mis ingresos mensuales son \$ _____ y tengo _____ personas (incluido yo) en mi familia/hogar.

(Si respondió con un Sí a la pregunta 3, DETÉNGASE y no responda desde la pregunta 4 hasta la 9. Vaya directamente a la sección de Declaración de la página 3).

No (si respondió con un No, responda desde la pregunta 4 hasta la 9).

4. **Actualmente estoy:**

Empleado. Mi salario anual es de \$ _____ .

Desempleado. La última fecha que trabajé fue _____ , _____ .
(mes) (año)

5. **El número de personas que dependen de mí económicamente:** _____. **De ellos, _____ son menores de edad o ancianos.**

6. **Tengo un total de \$ _____ en efectivo, incluido el dinero en mis cuentas bancarias.**

7. **Poseo los siguientes vehículos, bienes inmuebles u otros bienes de valor:** (enumérelos todos)

8. **Esta es mi mejor estimación de los gastos mensuales míos y de las personas que dependen de mí económicamente:**

Gastos	Importe mensual
Vivienda (alquiler, hipoteca, impuestos, seguros):	\$
Servicios públicos (gas, electricidad, agua, teléfono, internet):	\$
Alimentos y artículos de primera necesidad:	\$
Gastos relacionados con los hijos (guardería, pañales):	\$
Salud (seguro médico, medicamentos recetados, odontología, oftalmología, etc.):	\$
Transporte (préstamo de vehículos, gasolina, seguro, metro, autobús):	\$
Otras deudas y gastos:	\$
Total de gastos mensuales estimados:	\$

9. **Otras circunstancias que deseo que el juez considere en apoyo de mi solicitud son:** *(explique cualquier otro motivo, como órdenes de pensión alimentaria, gastos mensuales elevados, deudas, embargos de salarios o cuentas bancarias, o sentencias)*

DECLARACIÓN

Juro y afirmo solemnemente, sujeto a sanciones penales por emitir un falso testimonio, que incluyen 180 días de cárcel o una multa de 1,000 dólares o ambas, que he leído esta solicitud y que las declaraciones fácticas en la misma son verdaderas según mi leal saber, entender y parecer.

Firma

Fecha

Dirección de la calle

Teléfono

Ciudad, estado, código postal

Dirección de correo electrónico

Para ser diligenciado únicamente por el personal del Tribunal Superior			
Esta Solicitud de Exención de Costos y Honorarios Judiciales fue revisada y aprobada por:			
Firma	Nombre en letra de imprenta	Título	Fecha

Apéndice a la solicitud de exención de costos y honorarios

I. Facultades de Derecho

Facultad de Derecho en Washington de la Universidad Estadounidense
Facultad de Derecho de Columbus de la Universidad Católica de Estados Unidos
Facultad de Derecho de la Universidad George Washington
Centro de Derecho de la Universidad de Georgetown
Facultad de Derecho de la Universidad de Howard
Facultad de Derecho David A. Clarke de la Universidad del Distrito de Columbia

II. Ejemplos de organizaciones de servicios legales

Abogados por la Justicia y la Educación	Asesoría jurídica para el adulto mayor
Centro de Recursos Legales para asiático-estadounidenses oriundos de la región del Pacífico	Red de ayuda para las madres
Ayuda	Programa de servicios jurídicos para los vecindarios
Bread for the City (Pan para la ciudad)	Red para la recuperación de las víctimas de DC
Coalición por los derechos de los inmigrantes de la región capital	Open City Advocates
Red jurídica de caridades católicas de la Archidiócesis de Washington	Servicio de defensores públicos del Distrito de Columbia
Centro de Recursos de América Central	Confianza de calidad para las personas con discapacidad
Children's Law Center	Rising for Justice
Ayuda jurídica cristiana de DC	Círculo seguro de hermanas
Centro de abogados pro bono del Colegio de Abogados de DC	Proyecto de justicia escolar
DC Kincare Alliance	Centro jurídico Amara
Proyecto de abogados voluntarios de DC	Tzedek DC, Inc.
Derechos de los discapacitados de DC en los servicios legales universitarios	Comité de EE. UU. para niños refugiados e inmigrantes
First Shift Justice Project	Comité de abogados de Washington para los derechos civiles y Asuntos urbanos
Human Rights First	Clínica jurídica de Washington para las personas sin hogar
Legal Aid DC	Programa de servicios jurídicos de la clínica Whitman-Walker

III. Niveles federales de pobreza de EE. UU.¹

El secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos establece, cada año, los niveles federales de pobreza. El cuadro que figura a continuación indica el máximo nivel de ingresos por tamaño del hogar de acuerdo con el 200 % de los niveles federales de pobreza de EE. UU. para 2024.

Tamaño del hogar	Máximo de ingresos mensuales
1	\$2,510
2	\$3,407
3	\$4,303
4	\$5,200
5	\$6,097
6	\$6,993
7	\$7,890
8	\$8,787
9	\$9,683
10	\$10,580
11	\$11,477
12	\$12,373
13	\$13,270
14	\$14,167

¹ 89 Fed. Reg. 2961 (17 ene 2024); Código de D. C. § 15-712(a)(1)(C).