



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)

- ☐ Demandante/Peticionario
☐ Demandado/Acusado
☐ Tutor

- ☐ Solicitante
☐ Interviniente/Interviniente propuesto
☐ 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)

- | | |
|---|---|
| ☐ Programa de subsidios y vales para guarderías | ☐ Viviendas públicas |
| ☐ Programa piloto para cuidadores de familiares cercanos (CRCP) | ☐ Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB) |
| ☐ Atención domiciliaria para veteranos sin hogar (DCHV) | ☐ Programa de realojamiento rápido (RRH), incluidos Flex y CareerMap |
| ☐ Comidas gratuitas y a precio reducido (FARM) | ☐ Programa de viviendas de apoyo para ancianos de la Sección 202 |
| ☐ Asistencia general para niños (GAC) | ☐ Programa de viviendas para personas con discapacidad de la Sección 811 |
| ☐ Programa para abuelos cuidadores (GCP) | ☐ Seguro por incapacidad de la Seguridad Social (SSDI) |
| ☐ Programa Head Start | ☐ Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, lactantes y niños (WIC) |
| ☐ Atención sanitaria para veteranos sin hogar (HCHV) | ☐ Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) |
| ☐ Programa de subvenciones de vivienda | ☐ Seguridad de ingreso suplementario (SSI) |
| ☐ Programa de servicios de empleo comunitario para veteranos sin hogar (HVCES) | ☐ Servicios de apoyo para las familias de veteranos (SSVF) |
| ☐ Programa de vales de elección de vivienda (HCVP) | ☐ Viviendas asequibles específicas (TAH) |
| ☐ Asistencia provisional por discapacidad (IDA) | ☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) |
| ☐ Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) | ☐ Departamento de Vivienda y Asuntos Urbanos de EE. UU. - Programa de viviendas de apoyo para veteranos (HUD-VASH) |
| ☐ Programa local de ayudas con el alquiler de vivienda (LRSP) | ☐ Viviendas de apoyo para veteranos |
| ☐ Programa Medicaid o D.C. HealthCare Alliance | ☐ Pensiones de veteranos o pensiones a cónyuges e hijos supervivientes |
| ☐ Viviendas de apoyo permanente (PSH) | |
| ☐ Programa de trabajo, empleo y responsabilidad (POWER) | |
| ☐ 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	Programa de servicios jurídicos para los vecindarios
Ayuda	Open City Advocates
Bread for the City (Pan para la ciudad)	Servicio de defensores públicos del Distrito de Columbia
Coalición por los derechos de los inmigrantes de la región capital	Confianza de calidad para las personas con discapacidad
Red jurídica de caridades católicas de la Archidiócesis de Washington	Rising for Justice
Centro de Recursos de América Central	Círculo seguro de hermanas
Children's Law Center	Proyecto de justicia escolar
Ayuda jurídica cristiana de DC	Centro jurídico Amara
Centro de abogados pro bono del Colegio de Abogados de DC	Tzedek DC, Inc.
DC Kincare Alliance	Comité de EE. UU. para niños refugiados e inmigrantes
Derechos de los discapacitados de DC en los servicios legales universitarios	Comité de abogados de Washington para los derechos civiles y Asuntos urbanos
First Shift Justice Project	Defensores Legales Vountarios
Human Rights First	Volar
Legal Aid DC	Clínica jurídica de Washington para las personas sin hogar
	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 2026.

Tamaño del hogar	Máximo de ingresos mensuales
1	\$2,660
2	\$3,607
3	\$4,553
4	\$5,550
5	\$6,447
6	\$7,393
7	\$8,340
8	\$9,287
9	\$10,233
10	\$11,180
11	\$12,127
12	\$13,073
13	\$14,020
14	\$14,967

¹ 91 Fed. Reg. 1797 (15 ene 2026); Código de D. C. § 15-712(a)(1)(C).