

Indigency Screening Form Supplemental Application Benton County Courts

Confidential [per RCW 10.101.020(3)]

Date: _____	Case#: _____
Fecha: _____	Número de Caso: _____
Applicant Name: _____	Phone Number: _____
Nombre del Solicitante: _____	Número de teléfono: _____

I do not believe I have the funds to hire an attorney. I declare the following information is true and accurate.
No creo tener los fondos para contratar a un abogado. Declaro que la siguiente información es la verdad y exacto.

Financial Assistance: I currently receive the following and amount:

Asistencia Financiera: *Corrientemente recibo lo siguiente cantidad:*

<input type="checkbox"/> Welfare <i>Asistencia Social</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Food Stamps <i>Cupones de Comida</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance for Needy Families) <i>(Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Pregnant Women Assistance Benefit <i>Beneficio de Asistencia a Mujeres Embarazadas</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Aged, Blind or Disabled Assistance Program <i>Programa de Asistencia para Ancianos, Ciegos o Discapacitados</i> \$ _____	<input type="checkbox"/> SSD/SSI (Supplemental Security Income) <i>(Seguridad de Ingreso Suplementario)</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Medicaid <i>Seguro de Medico</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Poverty Related Veteran's Benefits <i>Beneficios para Veteranos Relacionados con la Pobreza</i> \$ _____ <input type="checkbox"/> Other - Please describe: <i>Otra - Por Favor Describa :</i> \$ _____
---	--

Personal Situation/Financials:

Situación Personal/Financiera:

1. Do you live with OR supported by parents? Yes No
¿Está con O apoyado por los padres? Si No
2. Are you a student? Yes No
¿Eres estudiante? Si No
 (High School/College, etc.) _____
Escuela Secundaria/Universidad, etc.)
3. Relationship status Single Married State Certified Domestic Partner
¿Estado civil? Soltero(a) Casado(a) Pareja Doméstica Certificada por el Estado
4. Do you have children under the age 18 or dependents you support? Yes No
¿Tiene hijos menores de 18 años o dependientes que mantiene? Si No
 - a. If so, how many children or dependents do you support? _____
En caso afirmativo, ¿cuántos hijos o dependientes mantiene?
5. Are you working? Yes No
¿Está trabajando? Si No
 - a. Where do you work? _____
¿Donde trabaja?
 - b. How long? _____ Hours worked per week: _____
¿Cuánto tiempo? Horas trabajadas por semana
 - c. Take home pay? \$ _____ per (month) (week) (hour)
¿Salario neto? por (mes) (semana) (hora)

Personal Situation/Financials Continued:
Situación Personal/Finanzas Continuada:

6. Does your spouse/state certified domestic partner work? Yes No
 ¿Trabaja su esposo(a)/pareja doméstica certificada por el estado? Si No
 a. If yes, Income? \$ _____
 Si es así, ¿ingresos?

7. If you are not working, _____
 Si no esta trabajando,
 a. Have you worked in the past 6 months? Yes No
 ¿Has trabajado en los últimos 6 meses? Si No
 b. How do you get your groceries? _____
 ¿Cómo obtiene la comestibles?
 c. When do you plan to return to work? _____
 ¿Cuándo planea a volver al trabajo?

8. Do you receive Social Security, pension, retirement or VA Benefits? Yes No
 ¿Recibe usted beneficios de Seguro Social, pensión, jubilación o beneficios de VA? Si No
 a. If yes, how much per month? \$ _____
 En caso afirmativo, ¿cuánto por mes?

9. Does your spouse or state certified domestic partner receive Social Security, pension, retirement or VA Benefits? Yes No
 ¿Recibe su cónyuge o pareja doméstica certificada por el estado beneficios de Seguro Social, pensión, jubilación o beneficios VA? Si No
 a. If yes, how much per month? \$ _____
 En caso afirmativo, ¿cuánto por mes?

10. My monthly expenses are:
 Mis gastos mensuales son:

Rent/Mortgage: \$ _____ <i>Renta/la Hipoteca:</i>	Groceries: \$ _____ <i>Comestibles</i>	Utilities: \$ _____ <i>Servicios Públicos:</i>
Vehicle: \$ _____ <i>Vehículo:</i>	Insurance(s): \$ _____ <i>Seguro(s):</i>	Phone: \$ _____ <i>Telefono:</i>
Medical/Healthcare: \$ _____ <i>Médico / Salud:</i>	Legal/LFO's: \$ _____ <i>Legal / Multas:</i>	Misc. Debts: \$ _____ <i>Deudas Misceláneos:</i>
Child Support/Alimony: \$ _____ <i>Manutención de Niños/Pensión Alimenticia:</i>		Other: \$ _____ <i>Otro(a):</i>

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the foregoing is true and correct to the best of my knowledge. [RCW 9A.72.030]
 Y declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi conocimiento.

 Applicant: Type full name or sign
 Solicitante: Escriba el nombre complete o signo