

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DE DEFENSORES PÚBLICOS

COURT DATE _____

ACCEPTED _____

ID# _____

DENIED _____

CHARGES _____

**OFICINA DEL DEFENSOR PÚBLICO
TRIBUNAL DEL CONDADO DE LEHIGH
455 WEST HAMILTON STREET, ROOM 615
ALLENTOWN, PA 18101
(610) 782-3157**

**HORAS DE OFICINA: LUNES A VIERNES 8:00 A.M. - 4:30 P.M.
HORAS PARA REALIZAR ENTREVISTAS: 8:45 A.M. - 4:00 P.M.**

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DEL DEFENSOR PÚBLICO PARA MENORES DE EDAD

NOMBRE DEL MENOR: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD Y ESTADO: _____

TELÉFONO: _____ **EDAD:** ____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NO. DE SEGURO SOCIAL: _____

ESCUELA DEL MENOR: _____

GRADO: _____

SI EL MENOR NO ASISTE A LA ESCUELA:

EL ÚLTIMO GRADO ESCOLAR ALCANZADO: _____

LA ÚLTIMA FECHA DE ASISTENCIA A LA ESCUELA: _____

**¿HA ESTADO EL MENOR EN UN INSTITUTO DE SALUD MENTAL, O HA ASISTIDO
A SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS, DE SALUD MENTAL, O DE ASESORAMIENTO? ____**

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL ESPOSO, SI ESTÁ CASADA: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DE LA ESPOSA, SI ESTÁ CASADA: _____

Bajo apercibimiento de ley (Apartado 4904 del Código Penal de Pensilvania), yo declaro que los datos enunciados en esta solicitud son verdaderos y correctos y que soy indigente y carezco de medios para contratar a un abogado.

FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE O DEL
TUTOR LEGAL

FIRMA: _____

FIRMA DEL MENOR