

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN PARA PERSONAS DE APOYO

Verification of Support Affidavit

OJO: Este formulario debe ser completado y notariado por la persona que está apoyando al individuo que está solicitando los servicios del Defensor Público. No se aceptarán documentos incompletos.

NOTE: This form is to be filled out and notarized by the person supporting the individual applying for Public Defender services. Incomplete documents will not be accepted.

Estoy presentando esta Verificación de Apoyo, afirmando que yo apoyo al individuo nombrado a continuación. Yo entiendo que el Defensor Público es obligado por ley tomar la declaración financiera del solicitante bajo protesta de decir la verdad, y yo declaro bajo pena de perjurio que los siguientes datos son verdaderos y correctos.

I hereby submit this Verification of Support affirming that I Support the below-listed applicant. I understand that the Public Defender is required by law to take the financial statement of the applicant and that I declare under penalty of perjury that the following statements are true and correct.

NOMBRE DEL SOLICITANTE / Name of Applicant: _____

NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) APOYANDO AL SOLICITANTE / Name of individuals supporting applicant: _____

DIRECCION: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____
Address Social Security Number

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: PADRE/MADRE CÓNYUGE OTRO (Especificar) _____
Relationship to applicant Parent Spouse Other (Specify)

EMPLEADOR-LUGAR DE TRABAJO/Employer: _____

SUELDO MENSUAL/Monthly Wage: \$ _____

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO: _____
Employer's Address

¿EL SOLICITANTE TRABAJA ACTUALMENTE? Is the Applicant employed? _____

SI ES ASÍ, ¿DONDE TRABAJA? / If so, where? _____

¿POR CUANTO TIEMPO? / For how long? _____

¿EL SOLICITANTE RECIBE OTROS TIPOS DE APOYO/AYUDA? (Indíque con un círculo todos los que aplican)
Does the applicant receive other types of support? (Circle all that apply)

SSI CUPONES DE COMIDA (Food Stamps)

DESCAPACIDAD (Disability)

EL ULTIMO EMPLEO DEL SOLICITANTE ERA _____ EN _____
Applicant was last employed ¿cuándo? / when? ¿dónde? / where?

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA:
COUNTY OF LEBANON

:
: ss:

I, _____, being duly sworn according to law, depose and say that the facts set forth in the foregoing Support Verification Affidavit are true and correct to the best of my knowledge, information and belief.

Date: _____

Signature of Person Supporting Applicant

Sworn to and subscribed before me this _____ day of _____, 20____.

Notary Public