

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DEL DEFENSOR PÚBLICO

ACEPTADO _____

FECHA _____

NEGADO _____

ABOGADO _____

INTERPRETE: SÍ NO

Idioma _____

OFICINA DEL DEFENSOR PÚBLICO
TRIBUNAL DEL CONDADO DE LEHIGH
455 WEST HAMILTON STREET, SALA 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**

Datos personales:

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 CASADO: _____

**INFORMACIÓN SOBRE EL CASO: (DEBE SER COMPLETADA
POR UN AGENTE DE LIBERTAD CONDICIONAL O UN
DEFENSOR PÚBLICO)**

CARGOS: _____

FECHA DE CORTE _____

ID# _____

OFICIAL DE PROBACIÓN ASIGNADA: _____

DECRETO DE CONSENTIMIENTO APROPIADO: SÍ / NO
COMENTARIOS: _____

ADMITIR O NEGAR
COMENTARIOS: _____

CERTIFICACIÓN:

Bajo apercibimiento de la ley (Apartado 4904 del Código Penal de Pensilvania), yo declaro que los datos enunciados en esta solicitud son verdaderos y correctos.

FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE O DEL
TUTOR LEGAL

FECHA: _____

FIRMA DEL MENOR