

DEMANDE CONFIDENTIELLE DE CONSEIL DÉSIGNÉ DÉCLARATION D'INDIGENCE

À LIRE ATTENTIVEMENT :

- (1) Remplissez avec précision ce formulaire. A défaut de chiffres exacts, donnez une estimation aussi précise que possible des montants financiers.
- (2) Si vous ne connaissez pas la réponse, écrivez NE SAIS PAS.
- (3) Les informations financières doivent être à jour à la date à laquelle vous remplissez le formulaire. Si, par exemple, vous pensez être embauché la semaine prochaine, mais que vous ne travaillez toujours pas, indiquez que vous êtes au chômage.

SECTION 1 – INFORMATIONS PERSONNELLES

PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ ÉTAT CIVIL: (CÉLIBATAIRE) (SÉPARÉ.) (MARIÉ) (DIVORCÉ) (VEUF) JJ
MM AAAA ENTOUREZ UNE RÉPONSE

ADRESSE DE CORRESPONDANCE : _____ APPARTEMENT/UNITÉ : _____

VILLE/ÉTAT/CODE POSTAL _____

N° DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL : _____ N° DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE : _____

ADRESSE DE COURRIEL : _____

GENRE : FEMME HOMME TRANSGENRE NON-BINAIRE/CONFORME PRÉFÈRE
NE PAS RÉPONDRE
ENTOURER LA RÉPONSE

RÉSIDEZ-VOUS AVEC QUELQU'UN : OUI / NON NOMBRE DE PERSONNES À CHARGE : _____

HABITEZ-VOUS DANS LE COMTE DE KENT ? OUI / NON SI OUI, DEPUIS COMBIEN
DE TEMPS : _____

TYPE DE CAS POUR LEQUEL VOUS AVEZ BESOIN D'UN AVOCAT (ENTOUREZ UNE RÉPONSE) :

DÉLIT GRAVE DÉLIT MINEUR VIOLATION ORDRE DE PROTECTION PERSONNELLE

AFFAIRE N° : _____ JUGE : _____ TRIBUNAL : _____

DATE/HEURE DU PCC : _____ DATE/HEURES DES PRELIM : _____

ÊTES-VOUS TOUJOURS EN PRISON : OUI / NON
DATE/HEURE DE LA PROCHAINE AUDITION (Si pas PCC ou PE) : _____

COCHEZ LES RÉPONSES APPLICABLES :

- Je suis âgé de moins de 18 ans.
- Je bénéficie d'une aide publique (SSI, SSD, Medicaid, WIC, bons alimentaires, Vivre dans le secteur 8, etc.).
- Je purge actuellement une peine dans un établissement pénitentiaire ou une prison.
- Je suis actuellement en traitement résidentiel dans un établissement de santé mentale ou de toxicomanie.
- Je suis actuellement sans domicile fixe.

****SI VOUS AVEZ COCHÉ L'UNE DES LIGNES CI-DESSUS, PASSEZ DIRECTEMENT À LA SECTION 4 -
INFORMATIONS SUR L'AFFAIRE****

SECTION 2 – INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOI

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT EN EMPLOI ? OUI / NON SI OUI, NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS TRAVAILLEZ-VOUS CHEZ CET EMPLOYEUR ? _____

SALAIRE HEBDOMADAIRE : _____ \$ POSTE/INTITULÉ DU POSTE _____

SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS, QUAND AVEZ-VOUS ÉTÉ EMPLOYÉ RÉGULIÈREMENT POUR LA DERNIÈRE FOIS ? : _____
MOIS / ANNÉE

VOTRE CONJOINT EST-IL EMPLOYÉ ? OUI / NON SI OUI, OÙ ? _____

GAIN HEBDOMADAIRE DU CONJOINT : _____ \$

PERCEVEZ-VOUS / AVEZ-VOUS FAIT UNE DEMANDE D'ALLOCATION DE CHÔMAGE, D'AIDE SOCIALE, D'ADC, DE SOC. SEC. SOCIAUX, D'INDEMNISATION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ? OUI / NON SI OUI, MONTANT : _____ \$

SECTION 3 – INFORMATIONS FINANCIÈRES

POSSÉDEZ-VOUS L'UN DES TYPES DE COMPTES SUIVANTS (ENTOUREZ-EN UN) :

CHÈQUE ÉPARGNE RETRAITE

SI OUI, COMBIEN Y A T-IL SUR CE(S) COMPTE(S) : _____ \$

POSSÉDEZ-VOUS UN (DES) VÉHICULE(S) ? OUI / NON VALEUR ESTIMÉE DU OU DES VÉHICULES : \$ __
MONTANT DÛ À LA BANQUE/AU CRÉANCIER : _____ \$

VEUILLEZ INDIQUER TOUT AUTRE BIEN OU ACTIF QUE VOUS DÉTENEZ (tels que propriété, terrain, autres véhicules, bateau, actions, fonds, etc.) _____

*** INDIQUEZ LA LISTE DE TOUTES LES DETTES ET LEURS COÛTS MENSUELS*** : (cartes de crédit, pensions alimentaires, prêts, amendes/coûts imposés par le tribunal, factures médicales, etc.) _____

QUELLE EST VOTRE SITUATION EN MATIÈRE DE LOGEMENT - ENCERCLEZ LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT À VOUS :

PROPRIÉTAIRE LOCATAIRE COLOCATAIRE VIT AVEC UNE FAMILLE

SECTION 4 – INFORMATIONS CONCERNANT L'AFFAIRE

DEVEZ-VOUS UNE CAUTION ? OUI / NON SI OUI, MONTANT : _____ \$

AVEZ-VOUS D'AUTRES AFFAIRES EN INSTANCE ? OUI / NON SI OUI, OÙ : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN AVOCAT DÉSIGNÉ / UN DÉFENSEUR PUBLIC ? OUI / NON

SI OUI, QUAND ? _____ NOM DE L'AVOCAT : _____

En signant ci-dessous, je déclare/je jure que tous les renseignements figurant dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et conformes à la réalité. Je suis conscient(e) qu'il pourra m'être demandé de présenter une preuve des informations fournies ci-dessus.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE

**UNE FOIS LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ, ENVOYEZ PAR COURRIER OU
PAR COURRIEL TOUTES LES PAGES À L'ADRESSE SUIVANTE :**

Indigent Defense Program
Kent County Administration Building
300 Monroe Ave. NW
Grand Rapids, MI 49503

or

indigent-defense@kentcountymi.gov

***VOUS POUVEZ ÊTRE AMENÉ À REMBOURSER UN AVOCAT DÉSIGNÉ SUR LA BASE D'UN CALENDRIER DE
PAIEMENT***