

# Office of the Public Defender

## County of Lebanon

**CHIEF PUBLIC DEFENDER**  
BRIAN L. DEIDERICK

**FIRST ASST. PUBLIC DEFENDER**  
NICHOLAS J. SIDELNICK



**MENTAL HEALTH DEFENDER**  
HORACE M. EHRGOOD

**ASSISTANT PUBLIC DEFENDERS**  
VIENNA VASQUEZ  
MARK SMITH  
DALIA ALBORAYA  
SHANNON PASCAL

Municipal Building, Room 122  
400 South Eighth Street  
Lebanon, Pennsylvania 17042  
Telephone (717) 228-4421  
Fax (717) 228-4464

### **ASUNTO : Aplicación para los Servicios de Abogado Defensores – SOLO cargos Criminales**

Como resultado a la clausura del Edificio Municipal, usted no está autorizado a entrar físicamente a la Oficina de los Abogados Defensores para aplicar por los servicios. Adjunto vas a encontrar la aplicación para dichos servicios. Esto SOLO aplica cargos criminales que estén pendientes en el Condado de Lebanon.

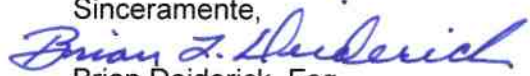
**IMPORTANTE** - Por favor asegúrese que incluye la información actualizada más completa y correcta, para poder contactarnos con usted. Aun cuando su vista judicial este programada para mayo, junio o julio, trataremos de procesar tu aplicación y programar una entrevista por teléfono.

La Corte Suprema de Pennsylvania ordenó que todas las cortes del estado permanezcan temporalmente cerradas al público hasta aproximadamente el próximo 30 de abril de 2020, sujeto a algunas excepciones y directrices específicas. Como resultado de esta clausura y la necesidad de asignar nuevas fechas para las vistas judiciales es extremadamente importante que proveas información acertada y completa.

Usted puede devolver la aplicación completada de las siguientes formas: (1) devuelve la aplicación completada por la puerta de atrás del Edificio Municipal durante horas laborables; (2) escanea y envía tu aplicación completada a través del correo electrónico [PublicDefender@lebcnty.org](mailto:PublicDefender@lebcnty.org); (3) envía la aplicación completada a través del número de faximil 717-228-4464; (4) envía tu aplicación completada a través del servicio postal a la dirección mencionada arriba.

Finalmente, usted puede comunicarse a nuestra oficina de los Abogados Públicos al 717-228-4421, también a través del correo electrónico [PublicDefender@lebcnty.org](mailto:PublicDefender@lebcnty.org). Usted puede dejar un mensaje de voz - estamos revisando todos los mensajes y devolviendo llamadas lo antes posible. Estaremos actualizando información sobre la clausura del edificio en los mensajes de saludo en nuestras líneas telefónicas.

Agradecemos su paciencia y cooperación en estos tiempos de dificultad.

Sinceramente,  
  
Brian Deiderick, Esq  
Encargado Oficina de Abogado Público

**\*\*Usted debe conservar esta página para sus archivos personales\*\***

# APLICACION PARA LOS SERVICIOS DE ABOGADOS DEFENSORES

**Instrucciones: Usted debe llenar esta aplicación completamente y honestamente.**

**NOMBRE** del Solicitante: \_\_\_\_\_

Alias: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Num. de Telefono: \_\_\_\_\_ Num. de Celular: \_\_\_\_\_ Otro Num. \_\_\_\_\_

Casado(a)  Soltero(a)  Separado/Divorciado(a)

¿Usted tiene niños menores de la edad de 18 años que viven en su casa? SI No Cuantos: \_\_\_\_\_

**CIUDADANO DE EEUU** (Circular) SI NO Si no, de que país: \_\_\_\_\_

Estatus de Visa: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un interprete? SI NO

USTED ESTA AQUI POR:  Cargos Criminales  Violación de Parol/Probatoria  PFA Violación

ABOGADO DEFENSOR EN EL PASADO? SI NO Nombre: \_\_\_\_\_

Si Violación de Probatoria/Parol, ¿quién es tu P.O.? \_\_\_\_\_

Escriba el/los nuevo(s) cargo(s) o violación(es): \_\_\_\_\_

Fecha de corte para el/los nuevo(s) cargo(s): \_\_\_\_\_

Co-Complice(s): SI NO Escriba el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

Victima(s): SI NO Escriba el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

**¿A sido acusado(a) de un cargo criminal en el pasado?** SI NO

Escriba el año, ciudad o estado, clase de ofensa y el resultado del caso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usted o su cónyuge paga/recibe mantenimiento de niño(s)? SI NO \$\_\_\_\_\_/mensual

Usted o su cónyuge recibe Asistencia Publica? SI NO \$\_\_\_\_\_/mensual

Usted o su cónyuge recibe SS Incapacidad/Discapacidad? SI NO \$\_\_\_\_\_/mensual

Usted o su cónyuge recibe Desempleo? SI NO \$ \_\_\_\_\_/mensual

Usted o su cónyuge recibe Jubilación/Pensión? SI NO \$ \_\_\_\_\_/mensual

Esta actualmente empleado(a)? SI NO \$ \_\_\_\_\_/mensual

Nombre del Empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

Esta su cónyuge empleado(a)? SI NO \$ \_\_\_\_\_/mensual

Nombre del Empleador y número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INGRESOS TOTALES DEL HOGAR:**

**(Añadir todos los totales mensuales de ingresos mencionados):** \$ \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES:**

Renta/Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Utilidades/Teléfono \$ \_\_\_\_\_

Mantenimiento de Niños: \$ \_\_\_\_\_

Prestamos/Tarjetas de Crédito/

Otros Gastos: \$ \_\_\_\_\_

**Total de Gastos Mensuales:** \$ \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, por este medio aplico para los servicios de el Defensor Publico. Yo entiendo que el Defensor Publico requiere por ley mis documentos financieros bajo pena de perjurio y si es determinado por la Oficina de Defensores Públicos que yo puedo contratar un abogado privado, el Defensor Publico no podrá representarme. En apoyo de mi aplicación yo declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderos y correctas:

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo en la Oficina de Defensores Publicos/fecha

## **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo, \_\_\_\_\_ en apoyo a mi aplicación para los servicios de Abogado Defensores, certifico que la información en la aplicación es correcta y verdadera en lo mejor de mi conocimiento y creencia:

1. Soy el solicitante aplicando el servicio de Abogado Defensores de Condado de Lebanon.
2. He leído la anterior aplicación, entiendo el contenido, por lo que es correcta y verdadera a mi conocimiento, excepto asuntos que alegan a personas que no sea yo, para esos asuntos entiendo que son verdaderos.
3. La información en esta aplicación se provee para informar a la oficina de Abogado Defensores mi situación financiera con el fin de cualificar como acusado indigente y se me asigne representación legal, para mi defensa de cargo(s) criminal (es) que han sido presentados en mi contra.
4. Entiendo que si mi situación financiera cambia o se descubre que tengo la habilidad de costear un abogado, la oficina de Abogado Defensores puede pedir a la corte que retire los servicios de Abogado Defensores.
5. Entiendo que al firmar esta declaración, autorizo la Oficina de Abogado Defensores de el Condado de Lebanon, a extender restricciones solicitando continuaciones de tiempo a tiempo. El abogado defensor asignado a mi caso tiene la autoridad de solicitar continuaciones durante cualquier etapa en los procedimientos y por cualquier razón que considere apropiado; en lo cual el abogado será siempre consciente de mis derechos para juicio acelerado y hará lo necesario para asegurar que se conserven.
6. Al completar esta aplicación, entiendo que mi declaración está sujeta a las penalidades de 18 Pa. C.S.A. § 4904 en relación a falsificación sin jurar a las autoridades.

\_\_\_\_\_  
Firma de el Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre de el Solicitante

\_\_\_\_\_(Fecha)