



BY THE PUBLIC DEFENDER
ЗАЯВЛЕНИЕ СУДЕБНОГО РАСПОРЯДИТЕЛЯ РАЙОННОГО СУДА
О ПРЕДСТАВЛЕНИИ ИНТЕРЕСОВ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗАЩИТНИКОМ

Privileged and Confidential

Привилегированная и конфиденциальная информация

Judiciary Use Only: Date/Time of Filing: _____ Comm ID: _____ Initials: _____ Для использования только сотрудниками судебной системы: Дата/время подачи: _____ Per. №: _____ Инициалы: _____	
Name: _____ Имя и фамилия: _____	
Mailing Address: _____ Почтовый адрес: _____	
City: _____ State: _____ Zip: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____	
*E-mail Address: _____ Адрес эл. почты: _____	
Contact Telephone Number: _____ DOB: _____ SSN: _____ Номер контактного телефона: _____ Дата рождения: _____ Номер социального обеспечения: _____	
Have you ever served in the armed forces of the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Veteran status does not affect eligibility) Служили ли вы когда-либо в вооруженных силах США? Да Нет (Статус бывшего военнослужащего не влияет на право получения услуг)	
Do you need an Interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter Language: _____ Вам нужен устный переводчик? Да Нет Язык устного переводчика: _____	
CASE NUMBER(s): _____ НОМЕР ДЕЛА (ДЕЛ): _____ <i>If this is a Violation of Probation (VOP), Child Support, Child in Need of Assistance (CINA), Juvenile case, you must apply for representation directly with the Public Defender's Office.</i> <i>Если это является делом о нарушении условий досрочного или условного освобождения (VOP), делом об уплате алиментов на содержание детей, делом о правах детей, нуждающихся в помощи (CINA), делом несовершеннолетнего, вы должны подать заявление для представительства Управлением общественного защитника.</i>	
HOUSEHOLD SIZE: # _____ ЧИСЛО ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА: _____ <i>"Household" is the number of persons, including yourself, who maintain a legal residence in your home and/or are financially dependent on you for their basic needs and care.</i> <i>«Домохозяйство» – это все лица, включая вас, которые законно проживают в вашем доме и/или находятся в финансовой зависимости от вас в отношении своих основных потребностей и ухода.</i>	
INCOME - MONTHLY ДОХОД - ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ	<i>List income from all sources, including employment, social security benefits, veteran's benefits, public assistance (Temporary Cash Assistance, Food Stamps, etc.), professional fees, rents, alimony, interests, dividends, retirement, child support, etc.</i> <i>Укажите доход из всех источников, включая пособие по безработице, выплаты по программе социального обеспечения, пособия ветеранам, государственную помощь (временные пособия наличными, продовольственные талоны, и т.д.), профессиональные вознаграждения, арендную плату, алименты, проценты, дивиденды, пенсию, алименты на детей и другое.</i>

Source Источник		Net Monthly Amount ("Take Home") Чистый ежемесячный доход («чистая зарплата»)
Current Employment Текущая занятость	Employer Name: Название работодателя:	\$ \$
Secondary Employment Вторичная занятость	Employer Name: Название работодателя:	\$ \$
Unemployment Пособие по безработице	Type: Тип:	\$ \$
Public Assistance Государственная помощь	Type: Тип:	\$ \$
Other (specify) Другой доход (указать)	Other: Другой доход:	\$ \$
Other (specify) Другой доход (указать)	Other: Другой доход:	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ ОБЩАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА: \$		x = ANNUAL TOTAL: \$ x = ОБЩАЯ СУММА ГОДОВОГО ДОХОДА: \$

LIQUID ASSETS - Balance List all cash and cash equivalent that could be readily made available.

ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ - Остаток Перечислите все наличные денежные средства и их эквиваленты, которые могут быть легко доступны.

Description Описание	\$ Value Сумма в долларах	Description Описание	\$ Value Сумма в долларах
Cash/Savings Наличные денежные средства /сбережения	\$ \$	Other (specify) Другое (указать)	\$ \$
Credit Available Доступный кредит	\$ \$	Other (specify) Другое (указать)	\$ \$
Total: \$ Всего: \$			

**BILLS - Monthly
СЧЕТА - Ежемесячно**

List all payments for credit cards, mortgages, loans, medical expenses, and other obligations and expenses on a monthly basis. Do not include any expense(s) already deducted from your paycheck.
Укажите все платежи по кредитным картам, ипотечные платежи, платежи по кредитам, медицинские расходы и другие ежемесячные обязательства и расходы. Не включайте расходы, которые уже удержаны из вашей зарплаты.

Paid to: Уплачено (кому):	\$ Per Month Сумма в долларах в месяц	Paid to: Уплачено (кому):	\$ Per Month Сумма в долларах в месяц
Rent/Mortgage Аренда/ипотека	\$ \$	Transportation (car note, insurance, bus, gas) Транспорт (оплата кредита за автомобиль, страховка, автобус, бензин)	\$ \$
Utilities (gas, water, electric, etc.) Коммунальные платежи (газ, вода, электричество, и т.д.)	\$ \$	Medical Bills/Insurance Медицинские счета/страховка	\$ \$
Cell Phone Мобильный телефон	\$ \$	Credit Card Bills, Loans, Back Taxes, Liens Счета по кредитным картам, кредиты, задолженность по налогам, удержания	\$ \$
Child Day Care Детский сад	\$ \$	Child Support Алименты на содержание детей	\$ \$
Food/Hygiene (necessities) Продукты питания/средства гигиены (предметы первой необходимости)	\$ \$	Other (<i>specify</i>) Другое (<i>указать</i>)	\$ \$
MONTHLY TOTAL: \$ ОБЩАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА: \$		x = x =	ANNUAL TOTAL: \$ ОБЩАЯ СУММА ГОДОВОГО ДОХОДА: \$

Applicant: _____

Заявитель: _____

Case #(s): _____

Дело (дела) №: _____

Source Источник	Annual Total Общая сумма годового дохода	Federal Poverty Guidelines Федеральный прожиточный минимум (FPG)	
Income Доход	\$ \$	Household Size Число членов домохозяйства	
Assets Активы	\$ \$	FPG FPG	
Expenses Расходы	\$ \$	Cost to Hire Стоимость найма адвоката	\$ \$
Net Income Чистый доход	\$ \$		

AFFIDAVIT OF INDIGENCY
АФФИДЕВИТ О СТАТУСЕ НЕИМУЩЕГО

I solemnly affirm under the penalty of perjury that all of the information presented above and any supporting documentation, to the best of my knowledge and belief, is true and accurate in support of my inability to hire a private attorney. By signing below, I acknowledge that I have applied for eligibility for representation by the Office of the Public Defender and I agree to pay any applicable fees under Maryland State Regulations by the Office of the Public Defender or otherwise required by State Law.

Понимая ответственность за дачу ложных показаний, я официально подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что представленная выше информация и вся подтверждающая документация является точной и истинной согласно моим знаниям и убеждениям и подтверждает мою неспособность нанять частного адвоката. Подписываясь ниже я подтверждаю, что я подал заявление для представительства Управлением общественного защитника и я согласен оплатить все применимые сборы в соответствии с нормативными документами Управления общественного защитника штата Мэриленд или иным образом, предусмотренным законодательством штата.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

As permitted by MD Code, Criminal Procedure Article 16-210(e)(3)(i), I hereby consent and authorize the Comptroller of Maryland to provide to the Office of the Director of Commissioners of the District Court ("the Office") or its designee income information from my Maryland income tax return filed for the tax year immediately preceding the year in which this authorization is executed. I further consent and authorize the Office or its designee to use such income information for the sole purpose of determining whether I qualify for the services of the Office of the Public Defender to assist me in a legal matter.

В соответствии со Сводом законов штата Мэриленд, статья Уголовно-процессуального кодекса 16-210(е)(3)(i), настоящим я даю согласие и уполномачиваю финансового контролера штата Мэриленд предоставить Управлению исполнительного директора Судебных распорядителей районного суда («Управление») или его уполномоченному представителю сведения о доходах, приведенные в моей налоговой декларации о доходах в штате Мэриленд, поданной за налоговый год, непосредственно предшествующий году, в котором было оформлено разрешение. Я также даю согласие и уполномачиваю Управление или его уполномоченного представителя использовать такие сведения о доходах исключительно в целях определения того, имею ли я право на услуги Управления общественного защитника для оказания мне помощи в юридических вопросах.

INFORMED CONSENT RELEASE
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

1. As permitted by § 8-625(d)(1) of the Labor and Employment Article, Annotated Code of Maryland and by federal regulations under 20 C.F.R. part 603, this signed form releases certain confidentiality rights of the undersigned.

В соответствии с § 8-625(d)(1) Статьи о труде и занятости, Аннотированный свод законов штата Мэриленд и федеральными нормативными актами в соответствии с частью 603 раздела 20 C.F.R. (Свод федеральных правил), эта подписанная форма лишает нижеподписавшихся определенных прав на конфиденциальность.

2. This consent form will remain in effect until the District Court Commissioner's obligation to maintain these records for its files has terminated, revocation by the undersigned, or five (5) years.
Эта форма согласия будет действовать до тех пор, пока обязательство судебного распорядителя районного суда по поддержанию этих записей в его файлах не будет прекращено, отменено подписавшим лицом, или в течение 5 (пять) лет.
3. Please include all other names you have used for the period of time the records are requested:
Пожалуйста, укажите все другие имена и фамилии, которые вы использовали в течение периода времени, для которого запрашиваются записи:
-
-

4. Please provide the undersigned individual's **SOCIAL SECURITY NUMBER:** _____
Для нижеподписавшегося лица укажите **НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:** _____

5. The undersigned acknowledges that this signed form permits access to confidential information maintained by the Maryland Department of Labor, Division of Unemployment Insurance. This information includes wage history, employment history, and the number and amount of Unemployment Insurance benefits received by the undersigned.

Нижеподписавшийся подтверждает, что эта подписанная форма разрешает доступ к конфиденциальной информации, хранящейся в Отделе страхования по безработице Департамента труда штата Мэриленд. Эта информация включает историю заработной платы, историю занятости, а также количество и размер пособий по безработице, полученных нижеподписавшимся.

6. The undersigned individual consents to the Office of the District Court Commissioner or its designee to review confidential information, including benefits information and wages earned by the individual and reported by their employer for purposes of evaluating the individual's qualification for a Court-appointed attorney. The determining of whether the undersigned qualifies for a Court-appointed attorney may assist the undersigned in a legal matter.

Нижеподписавшееся лицо дает согласие Управлению судебного распорядителя районного суда или его уполномоченному представителю рассматривать конфиденциальную информацию, включая информацию о пособиях и заработной плате, полученной этим лицом и сообщенной работодателем в целях оценки права этого лица на адвоката, назначенного судом. Определение того, имеет ли нижеподписавшийся право на назначенного судом адвоката, который может помочь нижеподписавшемуся в юридических вопросах.

7. The confidential information will be disclosed only to the Office of the District Court Commissioner or its designee. The information disclosed pursuant to this release will be used only for the purposes stated in this release, which is to determine whether the undersigned qualifies for representation by the Office of the Public Defender to assist the undersigned in a legal matter.

Конфиденциальная информация будет раскрыта только Управлению судебного распорядителя районного суда или его уполномоченному представителю. Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, будет использоваться только для целей, указанных в этом разрешении, а именно для определения того, имеет ли нижеподписавшийся право на

представительство Управлением общественного защитника для оказания нижеподписавшемуся помощи в юридических вопросах.

Signature of Consenting Individual (Applicant)
Подпись соглашающегося лица (Заявитель)

Date
Дата