



COLEGIO DE ABOGADOS

Departamento Judicial Moreno - Gral. Rodríguez

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATROCINIO JURÍDICO GRATUITO

IMPORTANTE:

1. El servicio de asesoría gratuita está reservado **ÚNICAMENTE a aquellas personas que CAREZCAN DE RECURSOS ECONÓMICOS.**
2. **El presente formulario tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA.** Al enviarlo, Ud. declara bajo juramento carecer de recursos para abonar la consulta a un profesional, la veracidad de los datos consignados y haber tomado conocimiento de las consecuencias de falsear la presente declaración.
3. No se otorgarán turnos sin completar **TODOS** los datos

1) DATOS PERSONALES:

Apellido:	
Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	
Nacionalidad:	
DNI Y CUIL / CUIT N°	
Domicilio y localidad:	
Teléfono de contacto:	
Estado Civil:	

2) DATOS LABORALES Y BENEFICIOS SOCIALES (marque con una "X")

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desocupado | <input type="checkbox"/> Responsable Inscripto |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Pensionado |
| <input type="checkbox"/> Monotributista. Categoría: _____ | <input type="checkbox"/> Prestaciones sociales (AUH, SUAF, etc) |
| <input type="checkbox"/> Changarin | <input type="checkbox"/> Otros ingresos económicos: _____ |

¿A qué se dedica? _____ ¿Monto de ingresos que percibe? \$ _____

3) ASPECTO HABITACIONAL (marque con una "X")

- Propietario con título de propiedad
- Ocupante/ título de propiedad en trámite
- Inquilino. Monto del alquiler: \$ _____
- Usurpación
- Prestada

4) GRUPO CONVIVIENTE:

Parentesco	Nombre y apellido	Ocupación	Fecha de nacimiento	CUIT

Ingresos de convivientes: \$ _____

Ingreso total de la vivienda: \$ _____

Vehículo/s del consultante y/o de grupo familiar (indique tipo, modelo y nro. de patente):

5) TIPO DE CONSULTA (marque con una "X"):

- Alimentos Guarda/Tutela
 Régimen comunicacional Restricción de la capacidad (curatela)
 Cuidado personal Amparo de salud
 Otro: _____

6) DEMANDA DE ALIMENTOS, RÉGIMEN COMUNICACIONAL Y /O CUIDADO PERSONAL:

Importante: la falta de algún dato hace imposible iniciar el reclamo. Los datos deben ser actuales.

Datos personales del demandado/requerido/contraparte:

Apellido y nombre: _____

DNI y CUIT: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Domicilio y localidad: _____

Profesión/ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____ Otro: _____

Ingresos del demandado: \$ _____

ENVIAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

1. DNI de interesado (frente y dorso).
 2. DNI de menores (frente y dorso).
 3. Partida de nacimiento o certificado de nacimiento de menores.
 4. Si Ud. y/o algún miembro de su grupo conviviente posee trabajo registrado, envíe los últimos tres recibos de sueldo. **NO ES INDISPENSABLE EL RECIBO DE SUELDO DEL REQUERIDO**
 5. Si anteriormente intervino un organismo público (Juzgados, Defensoría, Fiscalía, Comisarías, etc.), toda la documentación que le entregaron en dichos lugares.
- Antes de enviar las fotos verifique que los datos puedan leerse correctamente.**