

DECLARAÇÃO DETALHADA DE CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

E PEDIDO DE ISENÇÃO, SUBSTITUIÇÃO OU
PAGAMENTO PELO ESTADO DE TAXAS E
CUSTAS JUDICIAIS

*(Note bem: Se a opção (C) na DECLARAÇÃO JURAMENTADA DE
HIPOSSUFICIÊNCIA/CARÊNCIA ECONÓMICA foi marcada, é preciso preencher este
formulário.)*

Vara

Nome e Número do Processo (se souber)

Nome do requerente: _____

Endereço: _____

(Rua e número)

(Município)

(UF e CEP)

Conforme reza *General Laws, Chapter 261, Sections 27A-27G*, eu juro ou afirmo o seguinte:

1. DADOS PESSOAIS

(a) Data de nascimento: _____

(b) Grau de escolaridade: _____

(c) Formação especializada: _____

(d) Liste todas as deficiências físicas ou mentais que queira revelar e que afetam a sua capacidade geral de ganho ou suas despesas familiares gerais:

(e) Número de dependentes: _____

2. RENDA/RENDIMENTO LÍQUIDO (mensal)

(a) Se proveniente de trabalho assalariado, indique sua profissão e o nome e endereço do empregador:

(b) Fontes de renda/rendimento, se não proveniente de trabalho assalariado:

(c) A minha renda/rendimento anual bruto dos últimos doze meses foi: \$ _____

(d) Renda/rendimento bruto (mensal): \$ _____

(e) Imposto deduzido (mensal):

Imposto federal \$ _____

Imposto estadual \$ _____

Seguro social \$ _____

Medicare \$ _____

Outros impostos (*explique*) _____ \$ _____

Total dos impostos deduzidos \$ _____

(f) Renda/rendimento total líquido subtraia a (*linha 2(e)*
da linha 2(d)): \$ _____

(g) Se outro membro do agregado familiar é trabalhador assalariado, liste a profissão e nome e endereço do empregador dele/dela e renda/rendimento mensal líquido:

3. RENDA/RENDIMENTO LÍQUIDO (mensal)

(a) Renda/rendimento líquido (*linha 2(f)*): \$ _____

(b) Despesas (mensais):

Aluguel ou hipoteca \$ _____ Despesas médicas não cobertas por seguro \$ _____

Alimentação \$ _____ Creche e/ou babá \$ _____

Eletricidade \$ _____ Despesa educacional para menor \$ _____

Gás \$ _____ Pensão alimentícia \$ _____

Óleo \$ _____ Vestuário \$ _____

Água \$ _____ Lavandaria/lavagem a seco \$ _____

Telefone \$ _____ Seguro de veículo \$ _____

Seguro de saúde \$ _____ Despesas com transporte \$ _____

Outra (*explique*): \$ _____

Total das despesas \$ _____

(c) Renda/rendimento líquido mensal menos despesas mensais (subtraia a *linha 3(b)* da *linha 3(a)*): \$ _____

4. BENS

(a) É proprietário de imóvel? Sim Não Valor de mercado \$ _____ Valor em dívida \$ _____

(b) É proprietário de veículo? Sim Não Ano & Marca _____
Valor de mercado \$ _____ Valor em dívida \$ _____

(c) Contas bancárias (especifique o tipo e saldo)

(d) Outros bens incluindo imóveis (especifique o tipo e valor)

5. DÍVIDAS

(a) Especifique:

6. DIVERSOS

(a) Outros fatos que podem influir na sua capacidade de pagar taxas e custas judiciais?

Assinado sob pena de falso testemunho: Assinatura: x _____

Nome completo em letra de forma: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Data da assinatura (mm/dd/aaaa): _____

Por mandado do Juiz Presidente do Supremo Tribunal Estadual, toda a informação contida nesta declaração é SECRETA. Deve apenas ser compartilhada com funcionários judiciais autorizados, o requerente, o advogado do requerente ou pessoa autorizada por escrito pelo requerente ou por mandado especial do Juiz.

Este formulário foi estabelecido pelo Juiz Presidente do Supremo Tribunal Estadual conforme reza *G.L. c. 261, § 27B*. Promulgada em Março de 2003. Formato PDF preenchível gerado em Agosto de 2013. Traduzido para o português em 2021.