

Estado de Massachusetts

DECLARAÇÃO JURAMENTADA DE HIPOSSUFICIÊNCIA/ CARÊNCIA ECONÓMICA

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

(Note bem: Se está **atualmente PRESO** e não está pedindo libertação imediata de acordo com a GL c. 248 §1, mas está ajuizando uma ação contra funcionários prisionais e quer requerer o pagamento de taxas “normais” (por custas judiciais e notificações), **não use este formulário**. Obtenha outros formulários do escrivão.)

Vara	Nome e Número do Processo (se souber)	
Nome do Requerente:		
Endereço:		
(Rua e número)	(Município)	(UF e CEP)

SEÇÃO 1: Conforme reza *General Laws, Chapter 261, Sections 27A-27G*, eu juro (ou afirmo) o seguinte:
SOU HIPOSSUFICIENTE/CARENCIADO ECONOMICAMENTE pelo seguinte (*marque apenas um*):

(A) Eu recebo a seguinte assistência pública (assinale o tipo de assistência recebida):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ajuda transitória para famílias com filhos dependentes (<i>TAFDC</i>) | <input type="checkbox"/> <i>Medicaid (MassHealth)</i> |
| <input type="checkbox"/> ajuda de emergência para idosos, deficientes ou crianças (<i>EAEDC</i>) | <input type="checkbox"/> Renda/Rendimento de segurança suplementar (<i>SSI</i>); ou |
| <input type="checkbox"/> Programas de benefícios para veteranos de Massachusetts | |

(B) Minha renda/rendimento líquido do meu salário \$ _____ semanal quinzenal mensal anual

(*assinale qual o período*) para um agregado familiar de _____ pessoas que inclui eu e _____ dependentes;

essa renda/rendimento está ao nível ou abaixo do nível de pobreza do sistema judicial; (*Note bem: Os níveis de pobreza para agregados familiares de vários tamanhos precisam ser publicados neste fórum. Se não conseguir encontrá-los peça ao escrivão ou vá a: <http://www.mass.gov/courts/sjc/docs/povertyguidelines.pdf>. O nível de pobreza para agregado familiar é atualizado anualmente.*)

(Indique se tiver outra renda/rendimento do agregado familiar para o período indicado aqui: \$ _____); **ou**

(C) Não sou capaz de pagar as custas judiciais e taxas deste processo ou não posso fazê-lo sem me privar ou aos meus dependentes das necessidades vitais incluindo alimentação, abrigo e roupas.

SE VOCÊ MARCOU (C), É PRECISO PREENCHER A DECLARAÇÃO DETALHADA DE CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA.

SEÇÃO 2:

(Note bem: Ao preencher este formulário, seja o mais específico possível quanto às taxas e custas judiciais conhecidas no momento quando preencher este pedido. Um pedido suplementar pode ser ajuizado posteriormente se necessário.)

Solicito ao juiz a isenção da obrigação de pagar, ou então que sejam pagas pelo estado, as seguintes **TAXAS E CUSTAS JUDICIAIS NORMAIS**. Se couber, peço alternativamente que o juiz ordene que um documento, serviço ou objeto seja substituído sem custos (ou a custo mais baixo, pago pelo estado): (Assinale todos que se aplicam e, em qualquer lacuna desse tipo "\$ _____", indique se possível sua melhor estimativa quanto ao custo.

Custo judicial inicial do processo e qualquer acréscimo. \$ _____

Custo judicial inicial do processo e qualquer acréscimo para recurso. \$ _____

Taxas ou custas judiciais por citações judiciais, intimações de testemunhas ou outros documentos judiciais. \$ _____

Outras taxas ou custas judiciais de \$ _____ por (explique): _____

Substituição (explique): _____

SEÇÃO 3:

Peço a isenção (não cobrança), substituição ou pagamento pelo estado das seguintes **TAXAS E CUSTAS JUDICIAIS EXTRAS**:

Custo, \$ _____, de serviços especializados para teste, perícia, depoimento ou outra assistência (explique): _____

Custo, \$ _____, de tomar e/ou transcrever um depoimento de (indique o nome da pessoa): _____

Cópias de gravações de áudio do julgamento ou outra audiência necessárias para preparar o recurso para requerente **não** representado pela Defensoria Pública *Committee for Public Counsel Services (CPCS-defensor público)*.

Depósito prévio

Custas, \$ _____, para a preparação de transcrição escrita do julgamento ou outra audiência

Outras taxas e custas judiciais, \$ _____, para (explique): _____

Substituição (explique) _____

Data da assinatura	Assinado sob pena de falso testemunho x _____
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 <i>G.L. c. 261, § 27B</i> . Promulgada em Março de 2003. Formato PDF preenchível gerado em agosto de 2013. Traduzido para o português em 2021.	