**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **{clienteNome}**, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº **{RG}** SSP-SP, inscrito (a) no CPF sob o nº **{clienteCPF}**, residente e domiciliado (a) na **[LOGRADOURO]**, nº **[NUMERO]**, bairro **[BAIRRO]**, CEP **[CEP]**, na cidade de **[CIDADE]-****[ESTADO]**. Declaro para os devidos fins, que não tenho como arcar com as custas processuais, e nem quaisquer outras despesas processuais, sem o prejuízo de meu sustento e de minha família.

Jacareí, [DATA]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_