



Tribunal Municipal de Austin

Dirección: 700 E. 7th St., Austin, TX 78701

Correo: P.O. Box 2135, Austin, TX 78768

Teléfono: (512) 974-4800; *Fax:* (512) 974-4882

Email: court@austintexas.gov; *Internet:* www.austintexas.gov/court



INFORMACIÓN FINANCIERA / DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

___ 1. Puedo pagar la cantidad total y/o satisfacer el pago mensual, pero necesito una extensión para poder pagar. (Complete las páginas 1 & firma solo si seleccionó el #1.)

___ 2. **Un plan de pagos:** Puedo pagar \$_____ cada mes a partir del (fecha) _____. (complete toda la solicitud)

___ 3. **Servicio comunitario como voluntario:** Soy indigente y puedo realizar _____ horas de servicio comunitario cada mes. Estoy disponible para trabajar las primeras horas el (fecha) _____. (complete toda la solicitud)

___ 4. Necesito hablar con un juez acerca de mi capacidad de pagar o de realizar servicio comunitario. (complete toda la solicitud)_____

___ Si ___ No 5. Recibo ayuda de un programa federal de asistencia para mí mismo o para algún dependiente (por ejemplo, estampillas para comida, *Ayuda Temporal para Familias Necesitadas* (TANF), *Programa de Seguro Médico para Niños* (CHIP), *Mujeres, Bebés y Niños* (WIC), Medicaid, Vivienda de Sección 8, ayuda por discapacidad).

Part I. Información personal					
Apellido:		Primer Nombre:		Otros nombres: (alias)	
Numero de caso(s):			Fecha de nacimiento:		E-Mail:
Dirección postal:			Ciudad:		Estado:
Dirección domiciliario: (si es distinto a la dirección arriba.)			Teléfono de contacto:		Tipo: Celular Casa Trabajo
Núm. de licencia para manejar:		Estado:	Num. de identificación del estado		
Nombre del empleador:			Teléfono del empleador:		
Dirección del trabajo:			Ciudad:		Estado:
1a Referencia—Nombre			Relación con usted:		Referencia Teléfono
2a Referencia—Nombre			Relación con usted:		Referencia Teléfono

***Juro que las declaraciones que hago en la presente son de mis conocimientos personales y son verídicas y correctas.**

Firma del acusado

Part II. Additional Information Required

Nombre: (de pagina 1)

Numero de Seguro Social:

Otras personas que viven en el hogar

1. Nombre	Edad	Relación	3. Nombre	Edad	Relación
2. Nombre	Edad	Relación	4. Nombre	Edad	Relación

A. Ingresos mensual/ Información del Empleador

Tipo de ingreso	Yo	Esposo	Integrante De Hogar	Total
Salario (Bruto)				
Pago de desempleo				
Indemnización del obrero				
Pensión				
Seguro Social				
Sostenimiento de niños y/o Manutención del cónyuge (Cantidad recibida)				
Programa de Work First/ TANF				
Discapacidad				
Otro				

Nombre del empleador (Esposo)	Dirección:	Teléfono:
--------------------------------------	-------------------	------------------

Nombre del empleador (de cada integrante de hogar)	Dirección:	Teléfono:
---	-------------------	------------------

Subtotal A: Para asegurar calculaciones precisas al final, utilice su mouse para dar doble clic sobre las casillas "Subtotal." \$

B. Gastos

Tipo de gasto	Cantidad	Type of Expense	Cantidad
Sostenimiento niños o Manutención que se paga		Póliza de seguro	
Cuidado de niños (solo si trabaja)		Gastos médicos/dentales	
Transporte al trabajo (o pago del auto)		Gastos médicos y gastos asociados con el cuidado de parientes enfermos	

Subtotal B: Para asegurar calculaciones precisas al final, utilice su mouse para dar doble clic sobre las casillas "Subtotal."

C. Ingresos totales
Ingresos totales mensuales(A) – Gastos totales permisibles (B) = Ingresos (C)

Subtotal A:	
Subtotal B:	
Grand Total C:	

D. Información acerca de los bienes

Tipo de bien:	Describa cuánto tiempo ha tenido la propiedad/Marca, modelo y año (si es pertinente)	Valor calculado:
Cuentas corrientes		
Cuentas de ahorros		
Dinero en efectivo a la mano		
Dinero que se le debe al solicitante (a usted)		
Vehículos		
Camionetas/Barcos/Motocicletas		
Bienes raíces		
Acciones/Bonos/Certificados de Depósito		
Otra propiedad valiosa (describa)		
Total general D: <i>Para asegurar calculaciones precisas al final, utilice su mouse para dar doble clic sobre las casillas "Subtotal."</i>		\$

E. Otros gastos

Totales generales

Tipo de deuda/gasto	Cantidad	Type of Liability	Cantidad
Renta/ Hipoteca		Cable	
Alimentos		Agua/Aguas de desagüe/Basura	
Luz		Tarjetas de crédito	
Gas		Préstamos	
Combustible		Impuestos que usted debe	
Teléfono		Otro	
Grand Total E: <i>Para asegurar calculaciones precisas al final, utilice su mouse para dar doble clic sobre las casillas "Subtotal."</i>			\$

***Juro que las declaraciones que hago en la presente son de mis conocimientos personales y son verídicas y correctas.**

Firma del acusado



Tribunal Municipal de Austin

Dirección: 700 E. 7th St., Austin, TX 78701

Correo: P.O. Box 2135, Austin, TX 78768

Teléfono: (512) 974-4800; *Fax:* (512) 974-4882

Email: court@austintexas.gov; *Internet:* www.austintexas.gov/court



Judicial Review

___ The court finds the defendant is unable to pay the fine and court costs assessed in the above cases(s) due to indigence.

___ The Court finds that based upon information provided, the Defendant is not indigent.

SO ORDERED, this ___ day of _____, 20__.

Judge
Municipal Court Austin, Texas

Deputy Court Clerk Signature

For Internal Use Only:

Review Date: _____ Case Number(s): _____ PID Number: _____

Please check all that apply:

___ Clerk completed form on behalf of customer who was unable to complete the form in writing.

___ Clerk obtained information from customer via phone.

Clerk Initials: _____