



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 la página 1 & firma solo si seleccionó el #1.)**

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

___ 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/ referirse a la oficina de conformidad)*

___ 4. Necesito hablar con un juez acerca de mi capacidad de pagar o de realizar servicio comunitario. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

___ 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). *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

___ 6. Por ley tengo la obligación de asistir a la escuela y tengo menos de 19 años. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

___ 7. Soy indigente y tengo una discapacidad física o mental que me impide realizar servicios en beneficio de la comunidad. Pido que se me exente de realizar dichos servicios de acuerdo con el espíritu de la cláusula titulada "Acomodo razonable" de la Ley para estadounidenses con discapacidades. *(complete toda la solicitud/ referirse a la oficina de conformidad)*

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

***Si se seleccionó la opción (1): Pido el plan de pagos estándar y afirmo que entiendo sus disposiciones, tengo la capacidad de hacer los pagos sin falta y rechazo la oportunidad de permitir que el personal del juzgado considere pagos mensuales más pequeños o un plazo más largo de tiempo para completar los pagos.**

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	Total
Salario (Bruto)			
Pago de desempleo			
Indemnización del obrero			
Pensión			
Seguro Social			
Sostenimiento de niños y/o Manutención del cónyuge (Cantidad recibida)			
Federal Assistance			
Discapacidad			
Otro			

Nombre del empleador (Esposo)

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:	Describe 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

**For Internal Use Only
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

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.